ANNO XXXIII Roma, 5 Luglio 1926 Fasc. 27

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

Nuova sierodiagnosi della sifilide (*)

per il Prof. OLINTO SCIARRA,
docente di patologia med. nella R. Univ. di Napoli

I sieri luetici, a differenza degli altri, si presentano all'ultramicroscopio abbondantemente ricchi di grani, liberi o agglutinati, ineguali per grandezza e mobilità, e di flocculi, forse non tutti specifici, ma molto caratteristici.

Sono essi costituiti di antigeni lipoidei ed anticorpi reagenti nel sangue così come in *vitro?*

Aggiungendo al siero alcool etilico, assoluto oppure a 95°, si disgregano tutti rapidamente ed uniformemente; se ciò avviene per scissione di aggregati antigeno-anticorpo veri e propri, antigeni ed anticorpi resisi liberi dovrebbero nuovamente reagire in presenza di altro complemento fissandolo: infatti deviano il complemento come si rivela col noto sistema emolitico.

Di qui l'origine della sieroreazione fondata su principi scientifici nuovi e su elementi del siero luetico finora sconosciuti e non messi in evidenza nella Wassermann, Meinike, Sachs-Georgi, Vernes, ecc.

(*) Comunicazione alla R. Accademia Medico Chirurgica, 30 maggio 1926.

Siero inattivato (attivo?) cc.	Alcool cc.	Soluz. fis. 0,85 % cc.	Complemento cc.	Termostato a 37° cc.	Sistema emolitico cc.	Termostato a 37° cc.	ESITO	
							Negativo (emolisi)	Positivo (non emolisi)
0,20-0,30	0,10-0,15	1,5	Dose secondo il titolo	$^3/_4$-1 ora	1	$^1/_2$-2 ore	— — — —	+ + + +

Controlli necessari: del siero, dell'alcool e del sistema emolitico.

È bene praticare due esami con cmc. 0,20 e 0,30 di siero e rispettivamente cmc. 0,1 e 0,15 di alcool.

Per evitare errori tecnici si fa notare:

1) Volendo, per esami comparativi, usare la stessa dose di complemento necessaria nella Wassermann, occorrono cmc. 0,20-0,30 di siero, perchè la reazione si avveri chiaramente, essendo i sieri più ricchi di anticorpi che di antigeni lipoidei;

2) È essenzialmente indispensabile addizionare l'alcool direttamente al siero non ancora diluito in soluzione fisiologica, mescolare opportunamente e diluire subito, perchè non si formino precipitati;

3) Il dosaggio del complemento, più che nella Wassermann, deve essere rigoroso per rendere evidenti le più tenui modificazioni del siero;

4) È necessario aumentare la dose di alcool proporzionalmente a quella di liquido c. r., di essudato e di trasudato in esame, perchè sia certa la scissione dell'aggregato antigeno-anticorpo;

5) Nessun altro solvente di lipoidi sostituisce bene l'alcool.

Da alcune centinaia di esami comparativi con la Wassermann su sieri luetici o non (1) posso per ora (riservandomi di riferirne ampiamente in una prossima pubblicazione) brevemente dedurre:

1) Col siero inattivo la reazione è:

a) *sensibile* più della Wassermann, pur concordando quasi sempre con le Wassermann nettamente positive;

b) *specifica*: nella lebbra e in altre malattie con Wassermann positiva risulta negativa;

c) *sicura*: molteplici prove sul medesimo siero danno costantemente lo stesso esito;

d) *indice di infezione attiva*: in casi sperimentali con Wassermann fortemente positiva, dovuta però ad immunità attiva antilipoidea in seguito ad iniezione di antigeni luetici, si è sempre ottenuto esito negativo, come era prevedibile per il meccanismo intimo della reazione;

2) *Col siero attivo è sensibilissima* ma è dubbio se ed in che grado la maggiore sensibilità sia a scapito della specificità;

3) Nella sifilide si producono lipoidi, specifici forse in modo assoluto, combinati nel sangue ad anticorpi cui danno luogo; tale lipoidemia specifica è la base dei caratteri su citati della nuova sierodiagnosi.

---

(1) Fornitimi in gran parte dalla R. Clinica Dermosifilopatica, per consenso dell'illustre Direttore prof. Stanziale, cui esprimo pubblica riconoscenza.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVIS. CHIRURGICA DELL'OSPEDALE MORGAGNI IN FORLÌ
diretta dal prof. SANTE SOLIERI.

Sulla isterectomia precesarea subtotale addominale. (Operazione di Roger-Solieri)

per il dott. LUIGI PANSINI, aiuto.

Sulla Rivista « Il Morgagni », perchè fosse onorato il grande anatomico forlivese, al cui nome allora si intitolava il bell'Ospedale sorto nel centro della Romagna, il Solieri nel 1922 (1) pubblicò una memoria originale, sulla operazione da lui praticata per la prima volta su donna vivente, e che fu chiamata *isterectomia precesarea subtotale addominale*. Su di essa riferirò brevemente.

L'idea della operazione sorse nel Solieri nella seguente circostanza: in una donna trasportata all'ospedale in soprapparto, con spalla incuneata e procidenza dell'arto superiore destro, le varie manovre per espletare il rivolgimento riuscite infruttuose già prima del suo ricovero, e ripetute in ospedale anche previa eterizzazione, non avevano dato risultato alcuno. Non stimando opportuno insistere oltre nei tentativi di versione, per le condizioni dell'utero, che nel suo segmento inferiore si era fatto sottilissimo, il Solieri, constatata la morte del feto, pensò di asportare *d'emblée* l'utero col suo contenuto. Fu portato a questa decisione per il fatto che le membrane rotte già da lungo tempo, e la procidenza del braccio avvenuta prima del ricovero dell'inferma in ospedale, davano la certezza di inquinamento della cavità uterina, evenienza questa che certo poteva molto decidere dell'esito di un intervento conservativo. Previa amputazione, con una grossa forbice di Liston, dell'arto procidente rasente il più possibile alla rima vulvare, laparatomizzata la donna con taglio mediano sopra e sottoombelicale, si procedette all'asportazione dell'utero pieno con la tecnica che dirò dopo.

Considerato il decorso veramente ideale della donna operata in condizioni non certo incoraggianti, e dopo un traumatismo durato molte ore, sottoposta come era stata alle manovre di tre sanitari, che tutti invano avevano tentato il rivolgimento, il Solieri si credette autorizzato a formulare le seguenti premesse particolarmente interessanti, se si considera che da queste egli fu consigliato ad intervenire di elezione con la sua operazione in altri casi in cui il taglio cesareo classico non era indicato per il timore di operare in campo non del tutto sterile:

---

(1) SOLIERI S. *Isterectomia addominale subtotale precesarea*. (Il Morgagni, parte II, n. 5, Milano, 1922).

a) « Il decorso post-operatorio di una operata di taglio cesareo demolitivo con penducolo affondato e ventre chiuso in primo tempo, è più facile e semplice di quello di una operata di taglio cesareo conservativo ».

b) « Il decorso post-operatorio di una operata di isterectomia subtotale di utero puerperale è più facile e semplice di quello di una operata di isterectomia subtotale di utero non gravidico ».

Fu perciò possibile allo stesso sulla fine del 1921 eseguire, come ho detto con sicura coscienza di un brillante risultato, l'isterectomia addominale subtotale precesarea, che ebbe esito felice per la madre e per il feto.

***

Il Roger aveva pensato alla possibilità che si potesse eseguire questa operazione, condotto come fu ad escogitare un mezzo che potesse dare un certo affidamento di riuscita, quando l'infezione dell'utero o già si era manifestata, oppure poteva pensarsi essere di facile evenienza in rapporto alla rottura precoce delle membrane. Il quesito si era presentato a lui nell'occasione di un parto cesareo praticato in una giovane donna araba primipara, già da tre giorni in travaglio, e nella impossibilità di partorire per una stenosi di alto grado del bacino, in cui fu necessario l'indomani procedere all'ablazione dell'utero per una infezione gravissima, intervento che però non riuscì a salvare l'inferma.

Il Roger provò sperimentalmente, allora, l'operazione sopra di una capra gravida di due piccoli a termine, e poi sul cadavere di una donna: quantunque soddisfatto dei risultati ottenuti, non ebbe occasione di eseguirla sulla vivente.

Il Solieri ebbe conoscenza di tutto questo dopo eseguita la sua prima operazione.

La tecnica seguita nella nostra scuola è la seguente: dianzi all'inizio della operazione è mestieri preparare un tavolo con lenzuoli sterili, sul quale poggiare l'utero pieno da aprire per l'estrazione del feto. Taglio mediano dall'appendice xifoide al pube: una breccia così ampia è necessaria per estrinsecare rapidamente la matrice. Dei Kocher, subito dopo, ravvicinano le labbra della ferita dall'ombelico in su; sul piano così preparato può poggiare l'utero prima dell'inizio delle manovre atte a praticare l'isterectomia. Due robuste pinze stringono il peduncolo utero-ovarico e il legamento rotondo di ambo i lati, due Kocher più piccoli pinzettano gli ostii tubarici. Sezione dei peduncoli con forbici robuste. Con l'incisione della sierosa intorno al collo, prima in avanti e poi indietro, la liberazione della vescica, e l'allontanamento delle superficie di taglio del peritoneo si mettono bene in evidenza i peduncoli delle uterine, che rapidamente strette tra due robuste pinze, permettono di sezionare l'utero nel punto stabilito, e consegnarlo ad un aiuto. Non presentano difficoltà di sorta le manovre atte a dar luce al feto, che presto respira normalmente.

Tutti questi tempi vanno eseguiti con rapidità, precisione e sicurezza.

Chiuso il collo dell'utero tra due piani di sutura in catgut, e allacciati i peduncoli, si procede alla peritoneizzazione completa che riesce agevole per la esuberanza dei tessuti provocata dallo stato gravidico. Chiusura del peritoneo a punti staccati, avvicinamento dei piani muscolari, sintesi delle aponeurosi e sutura della pelle in *agraphes*.

Dal 1921 ad oggi sono state praticate nel nostro ospedale altre tre isterectomie precesaree, e tutte con esito felicissimo, per la madre e per il feto.

Le indicazioni bene stabilite furono sempre le stesse: necessità di un parto da espletare per via cesarea e probabilità di inquinamento della cavità uterina.

Il secondo caso si riferisce ad una donna trentenne primipara entrata in ospedale il 31 dicembre 1922 con diagnosi di gravidanza a termine in bacino rachitico ed acque scolate già da 12 ore. La donna è stata diverse volte esplorata. All'esame obbiettivo C. V. uguale a 62 mm. Feto in posizione O. A. S. Doppio battito normale, non vi sono segni di sofferenza fetale. La presentazione è libera e non si raggiunge col dito, collo dilatato di due dita trasverse. Isterectomia precesarea in narcosi eterea. Si estrae dall'utero reciso un feto di sesso femminile, perfettamente sviluppato e vitale. Il decorso post-operatorio fu dei migliori: un lieve rialzo termico in terza, rinnovatosi alla quinta giornata, non impedisce all'inferma di guarire nel giro di due settimane circa. Rivista da poco tempo, gode con la sua più perfetta salute.

Il terzo caso riguarda una donna ventinovenne primipara, già sottoposta a domicilio a numerose esplorazioni e ad un tentativo di rivolgimento.

È ammessa in sezione chirurgica in condizioni di grave sofferenza. Utero fortemente contratto, doglie frequentissime e valide. Bacino totalmente ristretto. Presentazione di testa, non impegnata, membrane aperte già da molte ore. Isterectomia precesarea. Feto vivo. Trattamento solito, guarigione *per primam*.

Riferirò ancora la storia *dell'ultima operata* che ho potuto seguire da vicino in tutto il periodo ultimo della sua gravidanza, assistere nell'intervento, e vedere guarire nel giro di pochi giorni.

R. Linda, a. 29, da Terra del Sole (Forlì). Entra in ospedale la sera del 26 agosto 1925 con diagnosi di stenosi del bacino in gravidanza al settimo mese, ed acque scolate. Donna senza precedenti morbosi degni di nota, di costituzione un poco delicata e misera nello sviluppo del sistema scheletrico; è alla sua terza gravidanza. Le altre due, giunte a termine rispettivamente tre e due anni prima, furono espletati a mezzo di interventi

cruenti per via vaginale (craniotomia a feto morto). La donna, resa conscia dalla dura esperienza del pericolo di non godere mai delle gioie della maternità, era già decisa a ricoverarsi in ospedale per sottoporsi al parto cesareo, ma, colta la sera avanti improvvisamente dai dolori del parto, è stata da noi visitata questa mattina ad acque scolate già da 12 ore.

Il feto vivente è senza segni di sofferenza, è in situazione e posizione normale. All'esplorazione collo dilatato di 4 cm., bacino piatto rachitico, coniugata vera 50 mm.

Data la stenosi pelvica di così alto grado, la esistenza della quale si temeva non permettesse il passaggio di un feto anche settimino, e per il fatto che la borsa delle acque si era rotta già prima del ricovero della donna in ospedale, si decide di intervenire con isterectomia precesarea dell'utero gravido. Espletati i preparativi sopra suggeriti, si procede in narcosi eterea, con tecnica rapida e e metodica, all'ablazione della matrice, che, consegnata ad un assistente, ed aperta immediatamente dopo, offre alla luce un feto di sesso femminile un poco asfittico, ma in condizioni di perfetta vitalità. Detersa la cavità peritoneale dal sangue in essa versato, si inizia la chiusura del ventre che viene rapidamente ultimata. La donna, per l'intera durata dell'atto operatorio, si è mantenuta in ottime condizioni di polso e di respiro. Nessun incidente ne disturba il decorso normale, e in quindicesima giornata può essere dimessa dall'ospedale perfettamente ristabilita. Abbiamo avuto notizie che la bambina, nutrita dalla mamma, gode tuttora ottima salute.

Il fatto della più grande importanza da mettere bene in evidenza, è che il decorso veramente ideale che presentano le donne isterectomizzate ad utero pieno, può rendere l'operazione consigliabile nelle condizioni indicate. Poichè se il trauma arrecato alla donna non è dei più lievi, l'esperienza clinica ed i risultati rinnovatisi così brillanti in tutte e quattro le operate, rivelano in simili casi una condizione tutt'affatto particolare nella quale si trova la donna, che, già preparata all'evenienza del parto, pare non risenta danno da atti operatori, anche gravissimi, praticati a carico degli organi genitali interni.

Riguardo al decorso, infatti, non si ebbero a constatare notevoli differenze nelle varie donne trattate col parto precesareo: il polso nè il respiro vennero menomamente influenzati; la temperatura non si elevò al di sopra di una lieve reazione febbrile: mai alcun risentimento del peritoneo abbiamo potuto notare, poichè l'addome non presentò generalmente fenomeni di reazione. Sempre fisiologica si mantenne la minzione che si ripristinò come di norma, e così pure il circolo intestinale.

In conclusione il parto cesareo classico conservativo ci è sembrato provochi nelle inferme disquilibri più profondi, se il vomito, la paresi intestinale e la difficoltà della minzione possono farsi dipendere dal fatto che le superfici cruentate dell'utero, funzionando come una sorgente di prodotti tossici, sono capaci di destare nell'organismo rialzi termici di reazione, mentre lo stimolo arrecato dalla sutura viscerale sul peritoneo può essere la causa di disturbi riflessi (vomito, singhiozzo, ecc.).

Forse altri fattori dei quali ci sfugge la natura, ma a cui non può essere estraneo l'elemento endocrino, concedono alla donna gravida la possibilità di superare in migliori condizioni l'ablazione dell'utero gravido, anzichè una isterectomia semplice.

Il Roger pensò alla isterectomia totale, il Solieri ha sempre praticata la sezione del collo, cioè la subtotale, più sbrigativa e meno lesiva per la madre. Infatti, appena recisa la continuità della matrice al livello che si crede opportuno, oltre alla probabilità maggiore di cadere col taglio su tessuti meno inquinati, è facile garantire gli organi vicini mediante due flanelle, delle quali l'una occluda l'utero nell'atto in cui viene consegnato all'assistente, l'altra si tiene bene adesa alla porzione, che deve essere suturata.

Inoltre l'utero pieno, una volta liberato dai suoi peduncoli, con opportune trazioni offre una grande facilità, di essere rapidamente sezionato, anche per il mancato impegno della presentazione, mentre vengono eliminati i pericoli derivanti dalla tecnica più complessa di una isterectomia totale.

Già messa in luce dal Solieri la circostanza che l'asportazione di tutto l'apparecchio genitale interno non altera menomamente la funzione galattogenetica, le ultime osservazioni han confermato che la secrezione lattea, se dipende da stimoli fetiprivi e placentiprivi non è menomata dall'ablazione dell'utero e delle ovaie. La facilità con cui queste donne isterectomizzate con taglio precesareo iniziano, già dai primi giorni dopo l'operazione, in completo stato fisiologico, l'allattamento, ci conferma ancora che gli stimoli endocrini deputati a destare la funzione della glandola mammaria, sono più che altro di origine fetale e placentare.

Sorge da quanto ho detto la più precisa indicazione per l'operazione trattata in questa memoria. Nei casi in cui la stenosi insormontabile del bacino non concede l'espletamento del parto per la via naturale, occorre che il sussidio chirurgico giunga precocemente. Qualora però a tempo opportuno non si riesca ad evitare la rottura intempestiva delle membrane e si voglia, con la sicurezza di operare asetticamente, evitare lo scempio di una embriotomia a feto vivo o l'alea di una infezione peritoneale col taglio conservativo, l'isterectomia precesarea addominale ritengo possa essere considerata l'intervento di ele-

zione, sempre ed in tutti i casi, beninteso, quando le condizioni di ambiente e di assistenza lo permettano.

*
* *

Occorsomi di leggere nel fascicolo quarantesimo di questo giornale (5 ottobre 1925) una nota del prof. Zanetti a proposito del taglio cesareo per placenta previa centrale in cui si discute della convenienza o meno di eseguire la isterectomia precesarea, mi è grato rilevare che al Solieri si rivendica la priorità di questa operazione. La quale, se fu preconizzata dal Roger e felicemente per quattro volte eseguita su donna vivente nel nostro ospedale dal Solieri stesso, che per primo l'ha disciplinata e descritta, è giusto sia chiamata operazione di Roger-Solieri.

OSPEDALE CIVILE DI CASTELFRANCO VENETO.

Due casi di tumore policistico del mesentere.

Dott. PIERO POLCENIGO, chirurgo primario.

F. Luigi, da Castelfranco Veneto, anni 33, ferroviere, entra in ospedale il 3 settembre 1921. Gentilizio immune, moglie e figli sani. Nessuna malattia precedente. La malattia attuale iniziò lentamente 4 anni or sono con dolore intermittente al quadrante inf. destro dell'addome. Appetito e funzioni intestinali sempre ben conservati. Il dolore era specialmente notevole dopo disordini dietetici o fatiche. Fin dai primi disturbi il p. ricorse ad un medico che fece diagnosi di appendicite. Intraprese qualche cura, senza risultato; poco per volta al dolore si aggiunse senso di peso e di molestia al basso ventre. Mai vomito, mai febbre, alvo sempre aperto.

Esame urine negativo.

Individuo longilineo, piuttosto denutrito, pallido. Ventre ampio, linea xifo-pubica molto lunga. La palpazione dà senso di molestia in tutta la fossa iliaca destra che appare leggermente e uniformemente sollevata. Il resto dell'addome è indolente. Con la palpazione si riesce a limitare nella fossa iliaca destra un tumore rotondeggiante molle elastico del volume di una testa di adulto discretamente mobile specialmente lateralmente, molto meno dal basso all'alto. La percussione è ottusa sulla zona del tumore, non si provoca fremito idatideo.

Con diagnosi generica di tumore del mesentere si interviene il 15 settembre 1921. Taglio laparatomico paramediano sottoombelicale. Aperta la cavità peritoneale si constata la presenza di un tumore del volume suddetto elissoide di colorito grigio roseo situato nel mesocolon ascendente a partire dal cieco verso l'alto, policistico a cisti del volume di una avellana e meno pressochè uguali fra loro a contenuto sieroso limpido. Non vi sono aderenze con le anse intestinali nè con l'omento. La exeresi del tumore è facilissima, nessun attacco speciale unisce il tumore alle lamine mesocoliche così che senza perdita di sangue è possibile enucleare completamente la massa policistica dal suo letto mesocolico. L'appendice è lunga, sottile, presenta la punta più grossa e qualche membranella fibrosa nel meso retratto. Si asporta. Si applicano alcuni punti sulla breccia mesocolica prodotta nella asportazione del tumore (lamina anter.) e si chiude completamente il ventre. Il malato guarisce senza complicazioni e viene dimesso in 13ª giornata.

Gode anche oggi ottima salute.

F. Emma, a. 32, Piombino Dese, entra in ospedale il 23 settembre 1925 per accoglimento d'urgenza.

Nessuna malattia precedente, gentilizio immune. Maritata con due figli e marito viventi e sani. Da qualche mese sofferente di dolori gastrici senza rapporto con l'ingestione dei cibi e per i quali mai fece ricorso al medico. Due giorni or sono in pieno benessere avvertì un dolore acuto alla fossa iliaca destra, che andò nelle ore successive e fino al giorno dopo aumentando di intensità. Fu costretta a letto, ebbe vomito e febbre. Chiamato il medico alla sera del 1º giorno, venne ordinata dieta assoluta e ghiaccio al ventre e persistendo il giorno dopo il dolore fortissimo, la febbre, il vomito, viene inviata in ospedale.

Al suo ingresso, la sera del 2º giorno di malattia presenta: temp. 38.5, polso 100, aspetto sofferente, respiro tranquillo a tipo costale. Ebbe una scarica a domicilio il giorno prima.

Addome sollevato, d'aspetto meteorico, un poco più espanso nei quadranti di destra. È squisitamente dolente alla pressione nella fossa iliaca destra e nel punto di Mac Burney, meno dolente nei quadranti di sinistra, specie nell'inferiore ove con qualche accorgimento si riesce ad approfondire un poco la mano.

Nessun segno di peristalsi. La percussione è timpanica in tutti i quadranti meno nell'inferiore destro, ove è alquanto smorzata. Al mattino seguente la temp. è di 38.1, l'ammalata si lagna di forte dolore al q. inf. destro, non ebbe più vomito, il polso è a 95, la trattabilità del quadr. inf. sinistro è un poco più accentuata, però non è possibile una esplorazione anche parziale dell'addome. Posta la diagnosi di appendicite acuta con probabile raccolta sieropurulenta si interviene con taglio di Jalaguer. Aperta la regione appendicolare esce poco liquido sieroso limpido e si nota che il peritoneo e un'ansa intestinale che si affaccia al taglio sono lisci e lucenti.

Esplorato cautamente il fondo della ferita si scorge in profondità una massa di colorito vinoso. Pensando ad una cisti ovarica torta si allunga in basso il taglio, ma è facile stabilire che il tumore ha verso il basso il suo limite inferiore.

Allora il taglio viene ampliato verso l'alto e si estrae il colon trasverso con una massa policistica di colorito rosso vinoso del volume di una media placenta. Nell'estrazione qualche cisti si rompe lasciando colare siero limpido. Il tumore occupa tutto lo spazio del grande epiploon e appare compreso fra lo stomaco e il colon trasverso. È costituito da un assieme di cisti di volume ineguale da una grossa noce ad un'avellana. La massa si lascia staccare dal foglietto posteriore dell'epiploon senza dare emorragia e si arriva poco per volta ad averlo tutto tra mano appeso al margine dello stomaco ove le connessioni si son

fatte intime e tenaci. Ora la via ottusa non serve più ed è necessario procedere a piccoli colpi di forbice che ben presto hanno ragione anche dell'ultimo attacco ed il tumore viene estratto nella sua totalità. Resta evidente allora il foglietto posteriore del grande epiploon fino al margine dello stomaco con i suoi grossi vasi denudati dalla sierosa anteriore asportata in parte col tumore. Emorragia quasi nulla, uno o due legacci bastano all'emostasi completa. Qualche punto di avvicinamento a quello che resta del foglietto epiploico anteriore, chiusura del ventre. Guarigione in 12ª giornata.

Avuta tra mano la massa si nota che le cisti distali, rispetto allo stomaco, sono a contenuto sieroso limpido e che mano mano che le cisti si avvicinano a quello che era il margine stomacale il contenuto si fa denso, fino ad essere completamente coagulato.

L'esame microscopico di un pezzetto di tumore dà il seguente reperto:

« È una mesenterite in atto a placchette, che macroscopicamente sembravano di neoplasma. Lungo la tonaca vascolare del connettivo mesenterico, come sopra il peritoneo sonvi cumuli di cellule bianche del tipo dei leucociti neutrofili, in profondità, allo intorno dei vasi, in superfice entro una trama composta di reticolo fibrinoso. Il tessuto fu esaminato su sei diversi piani senza trovare un punto di presa ad una diagnosi etiologica della infiammazione. Una ghiandoletta linfatica mesenterica colpita nei tagli, ha solo le note della iperplasia semplice con notevole neo formazione e desquamazione dello endotelio dei vasi ».

In entrambi i casi descritti la prima diagnosi posta dal medico curante fu di appendicite, ma mentre nel primo la sintomatologia era quella di una appendicite cronica e solo con l'evolversi del tumore fu relativamente facile porre la diagnosi di cisti mesenterica, nel secondo la sintomatologia acutissima e la mancanza della possibilità di percepire il tumore, indussero nell'errore di diagnosi. E qui torna acconcio chiedersi per quale ragione la cisti, fino allora inerte, abbia assunto improvvisamente caratteri infiammatori tali da costituire il quadro clinico sopradetto. Condizioni meccaniche prepararono certamente il terreno allo istituirsi del processo infiammatorio. È probabile cioè che i movimenti peristaltici dello stomaco e del colon-trasverso abbiano bruscamente determinato un rallentamento della circolazione della cisti, la quale aveva già raggiunto uno sviluppo tale in rapporto ai suoi vasi nutritizi da rendere sufficente una causa minima qualunque per l'istituirsi della stasi venosa e quindi la possibilità di facile attecchimento di germi.

Ma questi hanno raggiunto il tumore per via linfatica o per via sanguigna? È da escludersi la via linfatica perchè la glandoletta caduta sotto il taglio del microtomo non presentava caratteri infiammatori, ma quelli di una iperplasia semplice. È più logico invece ritenere che l'infezione sia avvenuta per via sanguigna, malgrado la donna escluda di aver avuto in antecedenza alcun fatto suppurativo. La nostra ammalata era una contadina abituata al duro lavoro dei campi e non è da escludersi che una leggera tonsillite, o una piccola ferita, o un modesto processo infiammatorio cutaneo l'abbiano colpita, senza recarle tali noie da richiamare la sua attenzione.

Ma tenuto conto dell'intimo rapporto del tumore cistico con lo stomaco e del fatto che la coagulazione del contenuto delle cisti, nullo nella parte opposta all'attacco gastrico, andava man mano aumentando verso l'alto, si può anche pensare che l'infezione sia avvenuta per contiguità dalla zona di perigastrite alla massa policistica.

Twistington Higgius et Eric Lloyd nel *British Journal of Surgery* del luglio 1924 dicono che le principali complicazioni le quali possono imporre l'intervento d'urgenza nelle cisti del mesentere sono: l'occlusione intestinale, l'emorragia e la rottura della cisti. A queste cause bisogna evidentemente aggiungere anche l'infiammazione della cisti come è avvenuto nel nostro secondo caso.

In rapporto alla sede H. H. Schmidt nell'*Archiv für Gynaekologie*, fasc. X, 1924, divide i tumori mesenterici in tre gruppi: retroperitoneali, intermediari, mesenterici. I nostri due casi appartengono nettamente a quest'ultimo gruppo il quale tuttavia ha una etiologia non ancora ben chiarita. Mentre per i due primi gruppi appare molto logica la ipotesi prospettata da Twistington e Lloyd e cioè che questi tumori abbiano la loro origine o da resti Wolfiani retroperitoneali o dai diverticoli intestinali, non altrettanto si può dire per i tumori cistici del III gruppo.

Bouffart (« Contribution à l'étude des Kystes séreux de l'épiploon », *Bulletin de l'Académie royale de Médecine de Belgique*, 5e série, tome IV, n. 11, 1924) premesso che la genesi di questi tumori è molto oscura, emette l'ipotesi che essi non siano che il prodotto di una ipertrofia considerevole della medesima natura di quella di quei bottoni peduncolati pluricellulari dell'epitelio che si osservano talvolta muoversi liberamente nella cavità peritoneale. Tali bottoni sono considerati come il prodotto di una proliferazione epiteliale localizzata, legata ad una leggera infiammazione della sierosa, che nel caso dell'A. poteva benissimo essere in rapporto con la presenza di un fibroma uterino e di una appendicite cronica.

Tale teoria è molto suggestiva e trova riscontro anche nei miei due casi. Nel primo, malgrado l'appendice non fosse seriamente compromessa, aveva però i caratteri dell'organo che ha subito

leggere e ripetute infiammazioni non solo, ma il tumore dava l'impressione di aver cominciato il suo sviluppo dalla regione cecale ed il paziente nei primi tempi della malattia, presentava solo i segni di una appendicite. Anche più chiaro è il nesso fra processo infiammatorio e tumore nel II caso.

Qui il tumore policistico era nettamente appeso al margine dello stomaco attraverso una zona di tessuto fibroso che si deve ritenere il risultato di una perigastrite localizzata alla regione prepilorica del margine inferiore dello stomaco.

NOTE E CONTRIBUTI.

CASA DI CURA « FATE BENE FRATELLI » - BRESCIA

Cura pneumotoracica e lavoro

per il prof. EUGENIO CURTI.

Prima di trattare del lavoro nei pneumotoracizzati, richiamo brevemente alcune nozioni sulla necessità del riposo e sugli effetti del lavoro nei malati di petto in genere.

La cura di riposo ha lo scopo di ridurre al minimo il dispendio di energie dovuto al lavoro muscolare, di ridurre quanto più è possibile i movimenti respiratori, di eliminare perciò la dannosa azione meccanica dei movimenti del tessuto, polmonare malato, di eliminare e ridurre l'assorbimento delle tossine tubercolari, di diminuire la fatica cardiaca e favorire perciò la circolazione sanguigna polmonare e generale.

Però il riposo eccessivo, quando cioè supera un certo limite di durata, limite variabile da malato a malato, può essere nocivo per l'azione depressiva che determina sulla psiche del paziente, per l'azione debilitante generale dovuta all'inerzia dei muscoli e alla mancata funzione dei vari sistemi od apparati.

La cura di riposo è indicata in genere nelle forme gravi, diffuse, febbrili, con tossiemia, con denutrizione, con adinamia, nelle riacutizzazioni, nelle congestioni polmonari, nelle complicanze polmonari o extra polmonari, nelle adinamie cardiache e nei cambiamenti di ambiente, fino a raggiunta acclimatizzazione.

È invece contro indicato il riposo nelle lesioni torpide, apirettiche, nelle forme bisognose di riattivazione e nei soggetti con tendenza all'ingrassamento. Il riposo si può definire una cura di risarcimento, di riparazione, di accumulo di energie.

La cura di lavoro si può definire una cura di riattivazione, ed esercita la sua azione sul circolo, sul respiro, sul ricambio materiale e in parte anche sulla auto immunizzazione attiva e passiva.

La qualità e la quantità di lavoro da concedere ai malati di petto è, naturalmente, varia a secondo delle condizioni generali del paziente e della costituzione anatomo patologica delle lesioni.

Si concederanno brevi passeggiate nelle forme gravi tossiemiche con dispnea e tachicardia; si aumenterà la durata della passeggiata e si concederanno piccoli esercizi muscolari nelle forme meno gravi, ma pur sempre attive e in evoluzione. Si sarà più larghi nel concedere il lavoro, nelle forme torpide ma pur sempre attive, fino a concedere il ritorno al lavoro abituale nelle forme inattive.

È logico che il paziente debba essere costantemente sorvegliato e guidato almeno nei primi tempi di ritorno al lavoro.

I primi sintomi dai quali possiamo accorgerci che il lavoro riesce dannoso anzichè utile al paziente sono:

a) l'aumento di temperatura nei casi nei quali permaneva, o la ricomparsa nei soggetti apirettici;

b) l'accentuarsi o la ricomparsa della tosse specialmente dopo il lavoro;

c) la dispnea di origine respiratoria (da non confondere con)

d) la dispnea di origine cardiocircolatoria per tachicardia e ipotensione;

e) la diminuzione di peso del paziente, senza altre cause;

f) il peggioramento delle condizioni dei focolai tubercolari.

***

Quanto si è detto in genere per i malati di petto si deve analogamente applicare ai pazienti pneumotoracizzati.

Per stabilire in questi malati gli effetti o i danni del lavoro richiamo gli effetti della cura pneumotoracica nei casi di risultato favorevole.

a) scomparsa della febbre; *b*) scomparsa della tosse e dell'espettorato; *c*) scomparsa dei sudori e della tossiemia tubercolare; *d*) aumento di peso del corpo; *e*) scomparsa della dispnea, per ciò che riguarda la migliorata funzione circolatoria; *f*) miglioramento della funzione emopoietica, della funzione digerente, del sistema nervoso; *g*) miglioramento dei focolai tubercolari controlaterali, laringei, intestinali, renali, ecc.

Un peggioramento di questi risultati, in assenza di altre cause, in un pneumotoracizzato che ha ripreso il lavoro, sta ad indicare la necessità di un ritorno al riposo.

In teoria quando si può concedere il lavoro ad un pneumotoracizzato?

Dumarest e Lélong hanno dimostrato che l'organismo riprende il ritmo respiratorio non quando la capacità respiratoria raggiunge il valore anteriore, ma solo quando raggiunge un valore molto superiore.

Ciò che è stato detto per il respiro, va detto analogamente per il circolo: ne viene perciò di logica conseguenza che il pneumotoracizzato, anche in buone condizioni *non può diventare un lavoratore appena stabilito il collasso, ma solo quando si sarà ristabilito un adattamento funzionale completo*, e ciò avviene abitualmente entro un limite che può variare da 3-4 mesi a qualche anno, a seconda dei casi.

*
* *

Riporto qui alcune osservazioni mie in pazienti in cura pneumotoracica ed attualmente tornati al lavoro.

Limito le osservazioni ai pazienti clinicamente guariti e a quelli che pur continuando la cura, lavorano senza risentire svantaggi.

Quando parlo di pneumotoracizzati che « lavorano » intendo pazienti che hanno ripreso le occupazioni abituali, o tali almeno da costituire un lavoro proficuo. Non intendo cioè quel lavoro in senso lato, costituito da passeggiate e da lavorucci di camera che costituiscono uno svago, un esercizio muscolare tonicizzante e null'altro.

I GRUPPO. — *Ammalati clinicamente guariti e che lavorano.*

1) B. T., da Borno, di anni 48. Iniziò la cura pneumotoracica nel settembre 1918 e terminò nell'agosto 1920. Non ebbe complicanze, guarì bene, e sta bene. Al 5° mese di cura riprese il proprio lavoro di donna di casa e attende tuttora a lavori anche faticosi.

2) L. M., da Brescia, tbc. di guerra. Iniziò la cura nel 1917 e la terminò nel 19. Dopo un anno di cura si occupò come impiegato in una banca e attese senza interruzione e senza interrompere la cura pneumotoracica, al proprio lavoro, al quale tuttora si dedica in ottime condizioni di salute.

3) B. B., da Brescia. Lesione cavitaria a destra: inizio della cura nell'aprile 1919; termine nel maggio 1921; come complicanza, un versamento pleurico saccato comparso dopo qualche mese di cura e svuotato. Dal gennaio 1921 è impiegato governativo, e attende al lavoro con regolarità e in ottime condizioni di salute.

4) F. A., da Brescia. In cura per lesioni al polmone destro per circa due anni dal luglio 1919; ebbe versamento pleurico non evacuato. Già nel secondo anno di cura era in grado di fare lunghe passeggiate per andare a caccia anche in collina, senza risentire danni. Prima ancora di terminare la cura si occupò come magazziniere in uno stabilimento dove tuttora lavora, senza disturbi che gli ricordino la pregressa malattia.

5) S. P., da Campoverde. Iniziò la cura nell'inverno 1920-1921, per lesione a sinistra e la continuò per poco più di un anno senza complicanze. Già al sesto mese di cura si occupò in qualità di commesso in una drogheria di Salò dove da allora lavora ininterrottamente e in ottime condizioni generali.

6) A. G., da Asola, ferroviere. Inizio della cura nel febbraio 1921, per lesione a destra. Ebbe versamento pleurico per tre volte svuotato, furono necessarie tre lavande pleuriche. Già all'inizio del primo anno di cura ricominciò a lavorare attenendosi a lavori poco faticosi e, a cura ultimata, cioè nell'autunno 1923 dopo visita diretta dell'Ispettorato di Sanità di Milano, delle ferrovie dello Stato, fu riassunto in qualità di deviatore presso la stazione ferroviaria di Brescia dove da allora ininterrottamente lavora conservandosi in ottime condizioni di salute.

7) F. C., di Brescia, di anni 32. Contrasse la malattia in America dopo il servizio militare. Era in cattive condizioni generali, presentava vaste lesioni distruttive a sinistra, e focolai a destra. Mi indussi a tentare la cura, e me ne trovo ora contento, solo per il fatto che il paziente era stato dichiarato perduto, inguaribile, ed un eventuale insuccesso non sarebbe stato imputato nè a me, nè al metodo.

Iniziai la cura nell'aprile 1922 e la continuai fino al dicembre 1924, con complicanza di pleurite. Le condizioni del paziente migliorarono al punto che nell'agosto del 1923 poteva già occuparsi come impiegato in un istituto di Brescia dove tuttora lavora senza aver perduto un giorno di lavoro conservandosi in ottime condizioni.

8) Z. I., di anni 27, agricoltore, da Borgosatollo affetto da lesioni bilaterali più gravi a destra dove fu iniziata la cura nell'aprile del 1921 e continuata fino al gennaio 1924 senza complicanza. Guarirono anche le lesioni controlaterali. Le condizioni del paziente sono ottime e attende ai lavori agricoli ininterrottamente dall'estate del 1922.

9) M. G., da Iseo, ferroviere. Iniziò la cura pneumotoracica a destra nel 1922 per tossiemia tubercolare e la continuò fino al giugno 1924, senza complicanze. È attualmente in ottime condizioni e lavora da oltre un anno come ferroviere.

10) P. B., di anni 28, operaio metallurgico, di Lumezzane S.; iniziò la cura nel maggio 1922 in seguito a forti ripetute emottisi provenienti dal polmone destro, continuò la cura fino alla primavera del 1924. Riprese il lavoro nella propria officina, lavoro manuale dopo circa 6 mesi di cura e da allora lo continua senza disturbi e in floride condizioni.

11) B. G., da Cremona, brigadiere dei carabinieri. Iniziò la cura nell'agosto 1922 e la continuò fino all'estate 1925. Dal giugno 1924 lavora in Val Camonica addetto all'impresa di ricostruzione stradale per il disastro del Gleno.

12) P. M., di anni 22, da Pisogne, in cura pneumotoracica dal febbraio 1923 all'aprile 1925. Ricominciò ad attendere ai lavori di casa nell'estate 1924 e da allora vi attende con assiduità e regolarità clinicamente guarita.

13) Z. N., da Brescia, affetta da broncoalveolite al lobo superiore sinistro e in seguito da peritonite tbc. Iniziò la cura nel gennaio 1921 e la continuò fino a dicembre 1923. Fu poi per circa due anni impiegata in un ufficio ed è da circa un anno sposata e sta bene.

14) M. G., di anni 22, in cura per lesione al lobo superiore sinistro e coxite destra. Iniziò la cura pneumotoracica nel gennaio del 1920 e la continuò per un anno e mezzo. Dopo circa un anno, guarita della coxite, riprese i suoi lavori di casa; si sposò nel 1924 e continua in ottime condizioni.

15) G. M., di anni 20, da Brescia, maestra. Iniziò la cura per lesione al polmone sinistro, nell'estate 1923 e la cessò nell'agosto 1925. Dall'autunno 1924 ha ripreso l'insegnamento senza risentirne danni ed è in ottime condizioni.

*
* *

Come già dissi, non ho voluto comprendere in questo elenco ammalati pur clinicamente guariti, ma che non si dedicarono a lavori faticosi o redditizi, così pure non ho creduto di comprendere quelli che pur avendo ripreso per qualche tempo il lavoro, non poterono continuarlo per il diffondersi della malattia; mi basta ora stabilire in base ad osservazioni di pazienti già da tempo clinicamente guariti, la possibilità del ritorno al lavoro normale dopo una cura di pneumo.

II GRUPPO. — *Pazienti tuttora in cura e che ciononostante hanno ripreso il proprio lavoro ordinario e redditizio.*

1) F. E., negoziante di Brescia: iniziò la cura nell'agosto 1923 per lesione al lobo superiore di sinistra; aveva tosse, febbre, espettorato emorragico: migliorò subito dopo le prime introduzioni e, dopo tre mesi circa di cura, riprese il proprio lavoro in negozio senza alcun disturbo, non riaccensioni di focolai, non complicanze, anzi migliorando in modo tale da farmi ritenere prossima la sospensione della cura.

2) F. C., moglie del precedente malato. Venne in cura mia nell'autunno 1924 dopo una gravidanza e allattamento. Dato il deperimento in cui trovavasi la paziente, il miglioramento fu lento e solo dopo sei mesi concessi il ritorno al lavoro. Si verificò in seguito un versamento pleurico (svuotato), senza che per questo dovesse sospendere il lavoro. Le condizioni attuali sono buone, e le lesioni in via di guarigione clinica.

3) C. C., da Verolanuova, affetta da broncopolmonite specifica a sinistra.
Cominciò la cura il 14 luglio 1925. Dopo un mese dovette per necessità di famiglia cominciare ad attendere ai lavori di casa, e dopo due mesi riprendere la vita normale di lavoro di donna di campagna. Nei primi tempi ebbe dispnea, facile stanchezza, cose che scomparvero in seguito; attualmente la donna sta bene, non ha più tosse, non febbre nè espettorato; continua la cura regolarmente senza complicanze.

4) C. E., da Lumezzane Pieve, di anni 20, in cura pneumotoracica dal maggio 1924 per lesioni al polmone sinistro. Migliorò dopo poco tempo dalla iniziata cura. Dopo 4 mesi circa di cura per necessità di famiglia riprese il proprio lavoro di operaia metallurgica, lavoro al quale attende con regolarità pur continuando la cura e senza alcun disturbo.

5) M. F., di Provaglio d'Iseo, stradino provinciale. In cura pneumotoracica dal 1° luglio 1924 per lesione al polmone destro, lobo superiore e medio, con febbre elevata ed emottisi. Dopo tre mesi di cura i sintomi obiettivi del male erano scomparsi e l'ammalato poteva riprendere il proprio lavoro di stradino senza interruzione e senza danno per l'organismo.

6) M. M., Sorella del precedente malato. In cura dal dicembre 1924 per bronco-polmonite caseo distruttiva al lobo superiore di sinistra, con tendenza alla diffusione. Risentì subito beneficio della cura e dopo 4 mesi riprese in casa la direzione della famiglia attendendo a lavori anche faticosi senza che la cura risentisse danni.

7) R. L., di anni 20, da Brescia. Cominciò la cura il 9 maggio 1925 per lesione specifica al lobo medio di destra. Per necessità finanziaria dovette riprendere il suo lavoro di ufficio dopo solo tre mesi dalla iniziata cura. Attualmente trovasi in ottime condizioni sotto ogni punto di vista e continua regolarmente cura e lavoro.

8) L. G., da Brescia. Cominciò la cura nel marzo 1924 per grave tossiemia tub. da lesione caseo distruttiva al polmone destro. Migliorò rapidamente e per gravi ristrettezze finanziarie dovette riprendere il lavoro dopo soli due mesi di cura; ciò determinò un certo deperimento generale e un ritorno della febbre. Bastarono pochi giorni di riposo perchè il miglioramento riprendesse. Ritornò al lavoro nel luglio come tornitore presso uno stabilimento industriale dove lavora continuando la cura e conservandosi in ottime condizioni.

9) S. L., da Castiglione Stiviere. Gentilizio tarato; in cura mia dal marzo 1924 in seguito a forti ripetute emottisi. Migliorò rapidamente e lasciò la casa di cura dopo un mese in ottime condizioni e dopo qualche mese poteva riprendere le primitive occupazioni di campagnolo e di negoziante. Contrasse pleurite pneumotoracica decorsa benignamente senza che dovesse interrompere la sua vita di lavoro. Spero di poter presto sospendere la cura per raggiunta guarigione clinica.

10) B. A., da Mompiano, contadino viticultore. In cura dal gennaio 1925 per lesione a sinistra. Dopo due mesi di cura potè riprendere i lavori di campagna e attendervi senza danno venendo per i rifornimenti ogni 12-15 giorni.

11) S. B., da Calvisano. In cura dal 15 agosto 1925 per lesione al polmone destro; dopo due mesi di cura dovette ritornare al lavoro per necessità

finanziarie. Attualmente è in ottime condizioni e pur continuando la cura attende al proprio lavoro provvedendo ai bisogni della propria famiglia.

12) C. D., da Castelgoffredo. In cura dal 16 ottobre 1924 per lesione al polmone sinistro. Dopo le prime punture scomparvero febbre ed espettorato; dopo circa tre mesi potè ritornare alle proprie occupazioni. Attualmente sta bene ed attende alla propria famiglia pur continuando la cura.

13) P. M., da Brescia, frangiaia. Contrasse la malattia a Venezia, iniziò la cura nel febbraio 1925, ebbe come complicanza una pleurite. Riprese lavoro dopo sei mesi di cura e continua ottimamente provvedendo col proprio lavoro al mantenimento e alla cura.

14) C. F., da Brescia. In cura da l'aprile 1925 per lesioni al polmone destro. Riprese il lavoro dopo due mesi, dovette poi sospenderlo per l'insorgenza di una pleurite e lo riprese a distanza di due mesi. Continua cura e lavoro ed è in buone condizioni generali.

15) M. G., da Bagnolo. In cura dal gennaio 1925 per tbc. al polmone destro. Dopo tre mesi di cura riprese il lavoro; lavoro che sospese al sesto mese per otite e conseguente mastoidite (che dovette essere operata) e in seguito per la comparsa di versamento pleurico. Riprese il lavoro ai primi di novembre e da allora attende regolarmente alle proprie occupazioni senza interrompere la cura.

Dissi più sopra della utilità del lavoro in determinati casi di tubercolosi polmonare; dalla statistica riportata e che per brevità di spazio dovetti limitare nel numero dei casi, risulta evidente la possibilità di conciliare la cura di pneumotorace col ritorno al lavoro redditizio.

Non è chi non veda il grande vantaggio sociale di questa possibilità.

I tubercolotici polmonari venivano prima o ammassati in reparti ospitalieri o accolti in Sana tori e in speciali case di cura ad hoc.

Negli ospedali i pazienti erano e sono restii ad entrare perchè ritenevano questi reparti l'anticamera del cimitero.

I Sanatori in Italia sono insufficienti per numero e per letti e richiedono da parte del paziente, spese elevate e non sempre conciliabili colle condizioni finanziarie delle famiglie.

Ecco dunque evidente il grande vantaggio di una cura, la pneumotoracica, che permette al paziente di vivere a casa, di eliminare spese non solo, ma anche attendere alle proprie occupazioni, di essere utile alla propria famiglia e tutto ciò escludendo il dolore e lo scoraggiamento di un distacco, di un allontanamento dalle persone care, per le quali (nel caso di esito felice, — si capisce —) scomparso l'espettorato, ogni pericolo di contagio è eliminato.

Brescia, gennaio 1926.

NOTA POLEMICA.

OSPEDALE S. MARTA - CATANIA
diretto dal prof. G. CLEMENTI.

Resezioni e plastiche del coledoco

pel prof. CAPONETTO GAETANO, primario.

A tutti è noto l'adagio « Promissio boni viri est óblicatio », ed io, compreso di questa verità, avrei dovuto, molto tempo prima, parlare delle plastiche del coledoco, avendo non solo promesso di insistere, ma consigliato di perseverare in tale studio sperimentale fin dal 1914, quando, trattando della « Cura chirurgica della calcolosi epatica » non trascurai di occuparmi dal lato sperimentale, delle anastomosi, resezioni e plastiche del coledoco. Un cumulo di circostanze, d'indole più o meno privata, mi ha vietato di fare onore al mio impegno, e forse neanche oggi mi sarei deciso a pagare quello che dovevo, se, sfogliando il volume « Archivio ed Atti della Società Italiana di Chirurgia » della trentunesima adunanza tenuta in Milano, nei giorni 26-29 ottobre 1924, non avessi trovato l'importante lavoro del chiarissimo collega S. Latteri della Clinica Chirurgica di Palermo, dal titolo « Ricostituzione sperimentale del coledoco », e non avessi letto a pag. 409 ciò che il Latteri scrive: « Per quanto mi sia noto la tecnica da me eseguita e i risultati ottenuti non sono stati illustrati d'alcun altro autore ». Mai come oggi mi son sentito mordere dal rimorso della mia indolenza, non avendo sino ad oggi pensato a far conoscere quanto io scrissi nel 1914 a proposito della cura chirurgica della calcolosi epatica, e render noto il mio lavoro che, pur essendo, da parte la modestia di un certo valore sarebbe anche oggi sconosciuto, se il chiarissimo prof. Dominici non ne avesse fatta una autorevole recensione nel n. 32 del *Policlinico*, Sezione pratica, dell'anno 1922 e che qui, insieme ad un lusinghiero giudizio dell'illustre prof. Tusini, mi permetto riportare, senza tema di meritarmi richiamo alcuno e da parte di nessuno. Il prof. Tusini, cui con devozione di discepolo dedicai una copia del mio lavoro, così mi scriveva da Genova nel 1922:

« Egregio prof. Caponetto,

Ebbi a suo tempo il bel lavoro, ch'Ella ha voluto gentilmente favorirmi sulla « Cura Chirurgica della calcolosi epatica » e le dico subito che l'ho letto con molto interesse e con piacere. Ella ha avuto il merito di trattare un argomento tanto interessante pel chirurgo, in modo sintetico ma completo.

Giustamente rivendica al chirurgo la necessità di cognizioni cliniche, che un tempo erano, si può dire, esclusive del clinico interno, e che oggi

invece si compenetrano sempre più fittamente oltre i confini della Medicina, per entrare nei campi della Chirurgia scientifica e pratica. L'esposizione anatomica, in rapporto alla Clinica ed alla tecnica chirurgica, è fatta con molto criterio, ed è giustamente posta in rilievo l'importanza diagnostica nelle molteplici manifestazioni cliniche della calcolosi biliare. Con giusto discernimento non ha voluto poi fare una semplice esposizione di tecnica operativa, quando ha trattato della cura chirurgica, ma, mettendo in rilievo i danni e i benefici, che si possono ottenere nei vari casi, e nei diversi momenti d'intervento chirurgico, nelle differenti forme di calcolosi, ha portato un contributo semplice e chiaro, da potere essere valorizzato così dallo studioso, che dall'operatore.

Richiamando gli insegnamenti di Maestri italiani di medicina e chirurgia, che si sono segnalati nella illustrazione di questo speciale argomento, Ella ha il pregio di porre in rilievo quanto era stato consigliato e si consiglia, fu fatto, e si fa tutt'ora da noi, indipendentemente da quanto si è pure tanto largamente studiato e praticato in altri paesi, pure accennando con sobrietà di esposizioni, ma in modo completo, a quanto di contributo utile hanno portato gli stranieri, su questo campo di studi e di pratica applicazione. Non ha trascurato di portare un contributo sperimentale originale sulla plastica del coledoco, e, riportando con coscienza i risultati dei suoi esperimenti, non si fa velo della possibilità di risultati praticamente migliori, con una tecnica più perfezionata. Il Suo è un lavoro di studio, di pratica, di tentativi, sotto ogni aspetto molto lodevole, e tutto quello che Ella vuol significare espone con una tale spigliatezza da renderlo utile ed insieme piacevole a chi lo legge. È un libro che può essere consultato con profitto dai cultori della chirurgia; io mi compiaccio sinceramente con Lei e la ringrazio pel dono e per la dedica tanto cordiale e gentile.

Mi abbia di Lei aff.mo

Prof. TUSINI ».

Il prof. Dominici poi, nella recensione su accennata, così scriveva:

« È un lavoro che riassume quanto si conosce intorno alla calcolosi epatica, con esattezza e con profondo senso di critica in modo da ben distinguere tutto ciò che di erroneo è stato detto e fatto sopra tale argomento, da ciò che è vero e sopratutto importante, sia per la cultura, sia per la pratica. Precede un capitolo, che riassume la storia della calcolosi epatica corredata di citazioni e di fatti poco conosciuti. In successivi capitoli poi l'autore tratta dell'etiologia, patogenesi, sintomatologia e diagnosi della calcolosi biliare. Notevole è il capitolo della diagnosi, nella quale sono posti in rilievo i vari mezzi, che possediamo per diagnosticare la colilitiasi, sia con l'esame clinico, sia, quando occorre, con ricerche speciali, radiologiche, analitiche, ecc., e distinguere questa malattia dall'ulcera gastrica, dall'appendicite, ecc., colle quali si potrebbe confondere. Sono descritte chiaramente e completamente le varie sindromi della calcolosi epatica, a seconda della sua sede, a seconda se è complicata o no. Trattata la prognosi della calcolosi biliare, l'autore passa a parlare della terapia la cui esposizione costituisce la parte più estesa del lavoro.

Espone le varie cure e dopo aver ricordata l'opinione del Cardarelli, che « solo la chirurgia può rimediare agli effetti prodotti dal calcolo epatico » ricorda e discute le opinioni emesse in proposito da Alessandri, D'Urso, Margarucci, Mayo Robson, Kocher, Kehr, Naunyn, ecc., deducendo le indicazioni e le controindicazioni dell'intervento operatorio nei vari casi, e ne descrive in un capitolo, molto esteso, la tecnica. Questa parte di tecnica operatoria è la più importante di tutto il lavoro, e può essere consultata a scopo di cultura, ma sopratutto pratico. L'autore si è anche occupato, fin dal 1914, di tentativi sperimentali di plastiche del coledoco, che descrive in un capitolo a parte di questo lavoro: tra questi tentativi sono specialmente notevoli quelli di plastiche con lembi di omento avvoltolati a punti di catgut passati da un moncone all'altro del coledoco reciso.

L. D. ».

Ritornando in bottega, domando venia se me ne sono momentaneamente allontanato, sento il bisogno di riportare le conclusioni alle quali io venni nel 1914. Dal lato sperimentale, scrivevo allora, lavorando sui cani, per studiare la fine alla quale è destinato il moncone del cistico nell'ectomie, mi sono voluto anche occupare della plastica del coledoco, solo per controllare i risultati da altri ottenuti, e con la speranza di apportare nuovo modesto contributo. Deluso sono rimasto, ma non molto, poichè l'animo vi era già predisposto. Non ho avuto il piacere, la soddisfazione che ad altri ha sorriso, di vedere sopravvivere un cane (ho sperimentato sempre su tali animali) più di uno o due giorni: mi son servito di tutti i mezzi, giovandomi ora di lembi epiploici liberi, di lembi decorticati dalla faccia interna delle pareti addominali, di tubicini di gomma che ricoprivo di epiploon, senza trovarne uno rispondente allo scopo prefissomi e desiderato. Non ho tentato sostituire il coledoco resecato con trapianti liberi, di segmenti di arterie, di vene, uretere e di appendici vermiformi, perchè processi di tecnica delicatissima e richiedenti altre operazioni complementari di qualche importanza, indispensabili per preparare i tessuti vitali da trapiantare.

Avendo potuto constatare (in altri esperimenti per studiare e trovare nuovi mezzi emostatici nelle resezioni epatiche, *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 132, anno 1913), come l'epiploon si attacchi bene alle parti sulle quali si adatta, pensai utilizzarlo, nella resezione del coledoco creando un sostegno ben diverso del solito comune tubo di gomma (del quale preoccupa la possibile caduta nell'epatico) un sostegno dico che potesse

durare sino a che la parte trapiantata (epiploon) aderendo, non avesse ristabilito la continuità del coledoco. Pensai pertanto al catgut, e mi son servito del numero 0 e del numero 1, per dare dei punti fra i monconi del coledoco resecato. Ne ho dati sempre quattro (vedi fig. 1) in corrispondenza degli estremi dei due diametri perpendicolari del cercio virtuale raffigurante il lume del dotto. Su queste anse così disposte, e lunghe quasi quanto la porzione di coledoco resecato, ho adattato, avvolgendolo, un doppio strato di epiploon, che agli estremi, o meglio agli orli terminali, ho assicurato, con punti al catgut sottilissimo, alle superfici sierose dei monconi del canale, e in due casi al duodeno, dove vi sbocca il coledoco. Così facendo, ho operato cinque cani, dei quali uno solo che avevo cistectomizzato sei mesi prima, ho visto morire la stessa sera dell'operazione; il quarto riuscì a vivere quasi tre giorni; gli altri tre perdetti entro le prime 36 ore. All'autopsia trovai sempre versamento di bile nella cavità addominale, e distaccato, spostato, il lembo plastico epiploico, tranne nel quarto caso, in cui s'era distaccato solo dall'estremo periferico, duodenale del coledico. Le anse di sostegno solo tre volte, forse perchè tese, tagliarono le pareti del coledoco (due volte a monte ed una a valle). Questi risultati, sebbene infausti, mi fanno sperare che migliorando la tecnica, delicata sugli animali in genere, si possa con tale processo, ovviare agli inconvenienti serii finora lamentati, e che anche nel caso (ci ritornerò sopra) ci si dovesse appigliare a segmenti liberi di tessuti sostenuti, e resistenti più di quello, che non potrà mai essere l'epiploon, troveremo nelle anse di catgut, disposte come sopra ho descritto, il surrogante fedele il tubo di gomma, la caduta del quale molto preoccupa gli operatori, a meno che non si voglia ricorrere agli artifizi di Brewer e Sullivan, o alla cannula a T del Kehr, per essere sicuri di veder cadere nell'intestino quello, o di poter tirare fuori questa, quando si suppone ristabilita la continuità del dotto. Insisterò e consiglio di perseverare in questo studio sperimentale, perchè, se con mezzi così semplici, e con una tecnica relativamente facile, quantunque delicata, si arrivasse ad ottenere lo scopo desiderato, la mèta per la quale tanto da tutti si è lavorato, un processo di plastica così semplice (non tenuto conto delle difficoltà pel ritrovo, e isolamento del coledoco), noi ovvieremmo ad inconvenienti non indifferenti, riusciremmo, fra le altre, a non far gravare sull'ammalato, abitualmente grave, il peso di una seconda operazione complementare e preparatoria, a meno che non si vogliano praticare innesti eterogeni. E qui, giunto all'*ite missa est*, rifacendo col pensiero la via battuta, l'accurato studio premesso, e le deduzioni conclusionali, alle quali, passo passo ad ogni capitolo sono arrivato, posso, sintetizzando dire che nell'ora presente, la chirurgia delle vie biliari, nata, o quasi, con e per la colelitiasi, si è spinta ai tentativi più arditi riducendo, grazie alla modificata tecnica ed alla abilità degli operatori, a zero le recidive vere, ed al 3 % la mortalità; ha fatto suo, ciò che un ventennio fa era di spettanza medica, dando prova incontestabile, d'essere una delle manifestazioni artistiche più meravigliose del genio umano. Potrei qui metter punto, ma non posso nè debbo, sentendo il bisogno di domandare venia al collega Latteri di questo ricordo, che a volo di uccello, mi son permesso, e di congratularmi con lui dell'idea sua genialissima, che fu anche la mia, e dei risultati delle sue esperienze, che, positivi, autorizzano a portare nel campo clinico, ciò, che da tempo e da molti si è vagheggiato.

Fig. 1.

SUNTI E RASSEGNE.

FEGATO E VIE BILIARI.

Sulla patogenesi della colica epatica.

(G. F. *Pensiero Medico*, 1926, n. 7).

La classica teoria patogenetica della colica epatica che stabilisce rapporti di causa ad effetto fra la migrazione del calcolo e la manifestazione dolorosa e che si appoggia sulla presenza di calcoli nelle feci dopo una crisi o sulla presenza di essi nelle vie biliari nel caso di un intervento chirurgico, oggi non è più accettata, e da tempo è stato messo in evidenza il fatto che la colica può realizzarsi all'infuori di ogni migrazione calcolosa.

Tripier e Paviot (1910) spiegarono il fenomeno come un'infezione locale del peritoneo; Chiray e Pavel propendono per una irritazione del sistem. nervoso vegetativo. Per Aschoff si tratta di una irritazione delle fibre e cellule nervose che si riscontrano nel segmento distale del canale cistico quando, essendo il canale ostruito da un calcolo la vescichetta si contrae. Hartmann ha formulato l'ipotesi che il dolore sia unicamente in rapporto con la contrazione della cistifellea. Westphal in una serie di lavori sostiene la teoria che la colica epatica sia da ritenersi una nevrosi motoria delle vie biliari manifestantesi con una contrazione spasmodica della vescichetta e dello sfintere di Oddi, e Löwy in una memoria sulla pseudocolica delle cirrosi e sulla atrofia subacuta del fegato crede che il sistema nervoso vegetativo abbia una importanza di primo ordine nella produzione delle crisi dolorose determinata dalla irritazione tossica delle terminazioni nervose vegetative delle vie biliari.

Fra tante concezioni, costantemente si riscontra la nozione di fatti spasmodici ed a conferma si adducono le osservazioni dell'inizio e terminazione brusca dell'accesso doloroso sotto l'influenza di fattori emotivi, la brevità della evoluzione di alcune crisi, i parossismi dolorosi nel corso della colica, la riproduzione del dolore vescicolare nella colecistite cronica quando in seguito alla iniezione nel duodeno di solfato di Mg si determina la contrazione della vescichetta.

Queste osservazioni concordano coi dati della medicina sperimentale che ha dimostrato avere la vescicola biliare un importante potere contrattile; che tale contrazione spasmodica poi possa diventare dolorosa dev'essere riferito a due elementi: l'infiammazione della parete e la presenza di aderenze pericolecistiche.

Quali condizioni ora possono determinare lo spasmo vescicolare? Nè la presenza o l'incastramento di calcoli, nè l'infiammazione possono essere ritenute più che cause favorenti. Occorre un altro elemento che Chiray e Pavel credono risieda nello stato del sistema neuro-vegetativo la cui irritabilità nei litiasici è stata segnalata da numerosi AA. (Chauffard, Ramond, ecc.) e che è spesso dimostrata dalla sindrome concomitante della diarrea postprandiale come dal fatto che qualsiasi causa capace di risvegliare i riflessi vegetativi è suscettibile di determinare la colica.

Ammessa tale patogenesi sono ancora da chiarire alcuni punti nella evoluzione clinica della sindrome: la colica protratta oltre qualche ora è dovuta ad accidenti secondari, sia il trauma determinato dallo spasmo nel tessuto infiammato o dal calcolo mobilizzato. Il reperto di cistifellee a parete ipertrofiche fa pensare ad una iperattività di essa, questa però non sempre è stata diretta contro i calcoli, può invece ritenersi come l'espressione di una ipereccitabilità *a vuoto* in rapporto con un sistema vegetativo anormalmente eccitabile.

In conclusione l'elemento fondamentale della colica risiede in uno spasmo della colecisti per azione di un sistema nervoso vegetativo anormale ed il calcolo, il corpo estraneo, l'infiammazione della parete sono da ritenersi cause favorenti ma non determinanti.

PALLADINI.

Di una possibile confusione fra echinococco epatico e cistifellea comunque ammalata.

(O. CANTELLI. *Rif. Medica*, n. 32, 10 agosto 1925).

Da alcuni casi personali e da altri ricavati dalla letteratura l'A. trae occasione per un articolo in cui richiama l'attenzione sulla possibile confusione fra echinococco epatico e cistifellea comunque ammalata e stabilisce anche le condizioni che possono trarre all'errore.

Dei vari casi alcuni furono riscontrati all'operazione e altri all'autopsia.

Vi può essere confusione per la simulazione di cistifellea da parte di un echinococco sviluppatosi nel parenchima epatico e che manda un diverticolo in corrispondenza della sede della cistifellea dopo aver assottigliato e atrofizzato il parenchima stesso. Quel diverticolo nella sua evoluzione andrà sempre più aumentando di volume e favorendo la confusione. L'A. cita un caso caduto sotto la sua osservazione e in cui l'atto operativo dimostrò possibile questa evenienza.

Vi può essere simulazione vicendevole fra cistifellea infiammata ed echinococco sorto dal margine antero-inferiore del fegato specialmente quando l'echinococco ne assume la forma ed è situato in prossimità di essa. In questo caso è molto importante l'esame dei rapporti intercedenti fra tumore e parenchima epatico, poichè nel tumore cistifelico il margine epatico si dispone al davanti mentre nell'echinococco che ne ha perforato il margine, il tumore è circondato da tessuto che appare al tatto il più spesso sfrangiato.

Vi può essere difficoltà di diagnosi fra cistifellea ingrandita ed echinococco rottosi in essa specialmente in assenza di evidenti fenomeni che possono far pensare all'E. e quindi alla sua probabile rottura nella cistifellea.

L'A. cita un caso di Boully (1872) riscontrato all'autopsia e mette in rilievo per la diagnosi l'importanza della conoscenza di un echinococco precedente a sede epatica.

Vi può essere confusione tra cistifellea enormemente ingrandita ed echinococco comunicante con le vie biliari e rotto nel peritoneo (coleperitoneo idatigeno). Anche qui è molto importante la conoscenza di un E. a sede epatica. Quando si ha una rapida diminuzione di esso con un rapido aumento del volume della cistifellea non ci sarà dubbio per la diagnosi. Così pure per la rottura nell'addome: se essa è preceduta da un trauma, da uno sforzo ed è seguita da fenomeni peritonitici ed anafilattici, la diagnosi non si presenta molto difficile. Se poi nei giorni seguenti si noterà aumento rapido del versamento, si potrà allora pensare al coleperitoneo ed una puntura esplorativa confermerà quando si estrarranno insieme bile ed elementi echinococcici. Se poi la rottura si fa lentamente, allora la diagnosi si renderà di una difficoltà estrema.

Vi può essere difficoltà di diagnosi fra cistifellea ingrandita ed echinococco sorto dall'interno e dalle pareti di essa. L'A. è della convinzione che l'E. primitivo della cistifellea esiste, contrariamente a quanto afferma il Devé che, cioè, l'echinococco della cistifellea è sempre secondario ad un E. del parenchima epatico. Riporta tre casi dalla letteratura. Vi può essere ancora difficoltà per simulazione vicendevole fra cistifellea ingrandita, mobile, ed echinococco peduncolato; in questo caso sarà di grande aiuto l'anamnesi e il reperto di peduncolo piatto parenchimatoso-connettivale che rappresenta un prodotto specifico dell'E. che tende a liberarsi nell'addome.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

Colecistografia.
53 casi controllati con l'operazione.

(D. WILKIE e W. ILLINGWORTH. *The Brit. Med. Journ.*, 1925, n. 3388).

Gli AA. hanno eseguito 53 colecistografie, tutte successivamente controllate con atto operativo, mediante l'iniezione endovenosa di tetra-jodio fenol-ftaleinato di sodio (gr. 5,5 sciolti in 40 cmc. di H_2O), seguita da esami radiografici fatti a varie distanze di tempo dall'iniezione, sopratutto dalla 12ª alla 15ª ora dopo l'iniezione.

Gli AA. hanno diviso le loro osservazioni in 6 gruppi. In un primo gruppo comprendente 23 casi, nei quali all'atto operativo furono trovate normali le vie biliari (ulceri duodenali, appendiciti, ecc.), la cistifellea diede un'ombra normale per dimensione e per contorno, di una densità simile a quella data dal pasto di bario.

Il secondo gruppo comprende 14 casi in cui la cistifellea non era funzionante (per calcolo nel cistico, per calcolosi del coledoco con raggrinzamento della cistifellea, ecc.); in questi casi non si ebbe l'ombra della cistifellea.

Il terzo gruppo comprende 7 casi in cui esisteva colecistite; l'ombra della cistifellea era leggera, indistinta.

In un quarto gruppo comprendente 3 casi, nei quali si ottenne un'ombra della cistifellea grande, in cui si vedevano le ombre negative dei calcoli, all'atto operativo fu trovata una cistifellea funzionante.

Un quinto gruppo comprende 8 casi di ittero da ostruzione (calcolosi del coledoco, carcinoma della testa del pancreas). Contrariamente all'opinione di Carman, questo mezzo di indagine non produsse in tali soggetti gravi disturbi. Ma in nessun caso si ebbe un'ombra visibile.

Il sesto gruppo comprende un caso in cui la colecistografia diede un'ombra deformata a guisa di clessidra; all'operazione si trovò una infiltrazione circoscritta della parete cistica.

Dai risultati ottenuti gli AA. traggono le seguenti conclusioni:

La colecistografia non è un importante sussidio nella diagnosi delle malattie della cistifellea.

L'ombra della cistifellea normale per densità e contorni può escludere un'affezione grave ma non una lieve lesione della cistifellea.

I calcoli biliari possono rendersi evidenti nelle colecistografie come ombre negative.

L'assenza dell'ombra della cistifellea, quando la tecnica è corretta indica una delle seguenti condizioni: 1) ostruzione del cistico; 2) cistifellea così piena di calcoli da non permettere l'ingresso alla

bile; 3) cistifellea non funzionante per alterazione delle sue pareti.

Quando una ordinaria radiografia ha mostrato ombre che possano far pensare a calcoli biliari, o l'esame clinico riveli una massa nell'ipocondrio d., la colecistografia può facilitare la diagnosi con la esatta localizzazione della cistifellea.

FIORENTINI.

SIFILOGRAFIA.

Diagnosi precoce e cura rapida della sifilide.

(K. ZIELER. *Deutsche mediz. Wochenschrift*, 8 gennaio 1926).

I progressi più importanti riguardanti la sifilide concernono il modo di riconoscere e di trattare precocemente questa malattia e di ovviare così ai danni che essa può portare. Tali progressi si sono potuti raggiungere in grazia delle scoperte sul germe della sifilide, sulla sierodiagnosi, sugli arsenobenzoli e sull'utilità dell'esame del liquor a completamento di quello sul siero.

La diagnosi precoce della sifilide non può farsi che mediante il riconoscimento della spirochete; solo relativamente tardi si hanno le modificazioni del siero e del liquor, mentre con la ricerca della spirochete la presenza della sifilide può essere accertata già dopo 1-3 settimane dall'avvenuta infezione. Per questo il medico anche nelle manifestazioni non chiare e che sembrano innocenti deve fare la ricerca; così nelle semplici ragadi, in focolai che hanno l'apparenza dell'herpes genitalis, nell'ulcera molle tenuto conto delle frequenti infezioni miste. La lesione sifilitica primaria appare nei suoi primi stadi del tutto innocente, in forma di erosione rotondeggiante, non indurita che, specialmente quando si ha in sedi extragenitali, viene facilmente misconosciuta. Nel sospetto di un'infezione recente il riconoscimento delle spirochete ha un significato decisivo ed esse, particolarmente con il metodo tanto semplice dell'esame in campo oscuro, vanno sempre ricercate quando si tratti di lesioni sospette della bocca e dei genitali o delle loro vicinanze. Quando la ricerca riesce negativa nella sierosità ottenuta spremendo il focolaio o pungendone la base, si potrà farne la ricerca nei noduli linfatici prossimiori in cui, nei così detti casi di sifilide al primo stadio, si ha un risultato positivo nel 70-90 % dei casi, talora anche se si sono avuti risultati negativi nella lesione primaria.

Importanza del tutto particolare hanno le localizzazioni extragenitali che vengono con tanta facilità misconosciute; ciò accade anzitutto per le tonsille che spesso presentano lesioni che richiamano l'angina di Plaut-Vincent o la difterite fino a che la durata lunga e l'ostinatezza della malattia danno dei sospetti. Analogamente accade per certi « patereci indolori », per certe ragadi del seno in balie, per le lesioni primarie delle labbra, della lingua, della congiuntiva, ecc.

Accade però che talora non si trovino le spirochete nè nella lesione nè nei nodi linfatici eppure l'apparenza della lesione stessa e l'adenopatia indolora delle ghiandole prossimiori danno un quadro clinico di sifilide che viene poi confermato da una Wassermann. In tal modo però si perde un tempo prezioso e non si può più parlare di trattamento precoce.

Il trattamento rapido della sifilide è stato reso possibile soltanto dopo l'introduzione degli arsenobenzoli poichè con i preparati mercuriali si doveva necessariamente prolungare la cura a molti mesi e ad alcuni anni. Con gli arsenobenzoli invece, anche se non si può ottenere la « terapia sterilisans magna » auspicata nei primi tempi, si può certamente guarire la sifilide in tempo relativamente breve, come dimostrano i casi di reinfezioni.

Sulle modalità della cura non si è ancora raggiunto l'accordo anche perchè l'introduzione degli arsenobenzoli è troppo recente e le relative applicazioni non sono ancora state stabilmente fissate. È anzitutto necessario definire ciò che si intende per cura precoce e per cura abortiva. La prima va considerata come la cura della infezione recente e dei primissimi segni della sifilide, la lesione primaria ed il primo esantema non appena comparso; cura abortiva è invece quella che tratta un'infezione recente con Wassermann costantemente negativa.

La riuscita di entrambe queste cure dipende dall'oculata scelta dei casi. Esse possono eseguirsi soltanto nei casi di sifilide recente quando tutti gli organi sono completamente sani. Le malattie croniche degli organi interni, specialmente le intossicazioni da alcool, tabacco, piombo, ecc., i disturbi del ricambio come gotta, diabete, le malattie infettive, come malaria e tubercolosi e così pure l'aver sofferto anche da parecchi anni di tifo, scarlattina, dissenteria, ecc., controindica il trattamento rapido, il quale, per necessità di cose deve essere energico. È inoltre necessaria una perfetta funzionalità renale. In tutti questi casi si ricorrerà al « trattamento cronico intermittente » per evitare spiacevoli complicazioni che sarebbero inevitabili.

Quando dall'esame dell'individuo risulti possibile il trattamento abortivo si dovranno tenere presenti diverse condizioni.

1) È anzitutto importante la nozione del tempo decorso dall'infezione, durante il quale le spiro-

chete si sono venute diffondendo per l'organismo. Si ammette come massimo per intraprendere la cura un periodo di tre, al più di quattro settimane.

2) Se non fosse noto il tempo dell'infezione, si ricorrerà all'esame delle ghiandole prossimiori, di cui l'ipertrofia incomincia per lo più dopo 5-6 settimane; anche prima che sia trascorso tal tempo però si possono ritrovare le spirochete nelle ghiandole non ancora ingrossate.

Quando le ghiandole sono già ingorgate non si può pensare ad una cura abortiva e gran parte degli insuccessi che a questa si attribuiscono sono appunto dovuti al fatto che la si incomincia troppo tardi.

3) Di grande significato è la reazione di Wassermann. Dal punto di vista di questa i casi si distinguono in sieronegativi (che rimangono tali anche durante il trattamento) ed in siero positivi, in cui si ha una W. R. positiva transitoriamente. Solo i primi sono adatti per la cura abortiva, mentre i casi con oscillazione positiva cioè quelli in cui la W. R. è transitoriamente positiva all'inizio della cura, esigono un trattamento più forte. Il momento in cui la W. R. diventa positiva può anche dipendere dalla sede della lesione primaria; così per l'ulcera del frenulo la W. R. diventa positiva 2-3 settimane prima che per l'ulcera del glande in cui la W. R. diventa positiva alla sesta-ottava settimana. Le stesse considerazioni fatte per la W. R. valgono anche per le altre reazioni di flocculazione e di intorbidamento.

4) Sono pure da considerarsi inadatti per il trattamento abortivo gli individui in cui (ammessa una tecnica impeccabile) le iniezioni di salvarsan sono seguite da febbre e così pure, naturalmente, quelli in cui già fin dalle prime settimane si hanno modificazioni del liquor.

Per quanto riguarda l'associazione di altri rimedi antisifilitici, si deve ritenere ormai come provato (osserva l'A.) che nei casi di sifilide precoce è sufficiente il solo salvarsan, ma che nei casi in cui il trattamento viene intrapreso più tardi, la guarigione è consolidata dall'uso del mercurio e del bismuto.

Per la cura abortiva a base unicamente di salvarsan, si devono dare elevate dosi singole a brevi intervalli in modo da raggiungere rapidamente una forte quantità. L'esecuzione del trattamento con dosi piccole lentamente progressive oppure il disperdere delle piccole dosi in lunghi periodi di tempo costituisce un modo di trattamento non solo inefficace, ma anche dannoso.

Per le dosi elevate molti medici hanno degli scrupoli. Si tenga presente che la maggior parte delle reazioni (febbre, cefalee, vomiti, ecc.) si possono evitare seguendo il consiglio di Kolle di iniettare cioè, 24 ore prima della prima dose forte, una quantità che sia il 1/5, il 1/10 di questa. Si fa quindi al primo giorno un'iniezione di mg. 50-75 ed il giorno seguente di cg. 45, poi 60 e così via. Tali sono le dosi per il neosalvarsan, per il salvarsan argentico (Silbersalvarsan) si usano dosi di 30-45 cg. Come quantità totale si può calcolare: per gli uomini 5-7 grammi, per le donne 4-5 in 10-12 iniezioni di neosalvarsan; rispettivamente g. 4-5 e g. 3-4 per il Neosilbersalvarsan. Le iniezioni si fanno due volte la settimana e, verso la fine della cura, ad intervalli maggiori. Più alte sono le singole dosi, maggiori debbono essere gli intervalli.

Se il momento dell'infezione risale a più di tre settimane, si fa seguire, dopo 2-4 settimane, una seconda cura di 8-10 iniezioni. Quando sono decorse più di 4-5 settimane dall'infezione si farà seguire invece una cura di bismuto o di mercurio. Indubbiamente, anche in tali condizioni si può anche arrivare ad una guarigione con una sola cura, ma le probabilità sono solo del 50 %, mentre nel primo caso raggiungono anche il 100 %. Per la cura abortiva non può prendersi in considerazione che il salvarsan, mentre gli altri rimedi (compresi quelli recentemente proposti e cioè: Albert, 102, Stovarsol, Spirozid) non danno un sicuro affidamento. Questi preparati, di fatto, provocano una scomparsa delle spirochete, ma non le uccidono ed accade che, cessata la cura, si abbia lo sviluppo di manifestazioni sifilitiche infettanti. Invece di una guarigione precoce, si ha dunque con tali preparati lo sviluppo di uno stato latente della sifilide con i relativi pericoli per l'individuo affetto.

Finita la cura abortiva, oppure dopo quella precoce si fa la reazione di Wassermann ad intervalli di un mese; passato il primo semestre ad intervalli di 2-3 mesi continuando così per tre anni. Le recidive cliniche e sierologiche si hanno di solito entro il primo semestre, raramente entro il primo anno. Se è possibile si pratica la Wassermann sul liquor 2-4 settimane dopo finita la cura e la si ripete 4-6 mesi dopo; un reperto positivo va considerato come una ricaduta.

Se poi tutte le ricerche rimangono negative si procede, non meno di uno-due anni dopo finita la cura, all'attivazione per mezzo del salvarsan e, se anche questa è negativa, il malato può considerarsi definitivamente guarito, specialmente se 1-6 mesi dopo l'attivazione, è negativo anche l'esame del liquor.

Quando il trattamento abortivo non è più possibile (infezione datante da 5-6 settimane, W. R. reazione positiva, ipertrofia dei nodi ghiandolari) sono consigliabili le cure miste, iniziandole con il salvarsan alle dosi indicate elevando con cau-

tela le dosi se compaiono sintomi di intolleranza e facendo fra le singole serie intervalli di 3-4 settimane (in seguito fino di 6-8). Le pause fra le cure mercuriali (specialmente se si usa il calomelano o l'olio grigio) debbono essere di mesi 2 e 1/2 a 3, altrimenti si corre il pericolo di provocare delle nefrosi mercuriali.

In caso di lesione primaria già sviluppata da un po' di tempo o della prima generalizzazione (primo esantema), bastano talora due serie di trattamenti energici, ma se è positivo l'esame del liquor ne occorrono almeno tre. Il trattamento può considerarsi finito quando vi siano W. R. negativa ed esame del liquor pure negativo.

Nel caso di malati poco resistenti, le cure di salvarsan e di mercurio (rispettivamente di bismuto) vanno fatte non già contemporaneamente, ma alternativamente.

La guarigione può considerarsi definitiva quando le ricerche sopra accennate rimangono negative per 3-4 anni.

Il successo della cura dipende non solo dalla scelta e dal modo di dare il medicamento, ma anche dal tenore di vita del malato, di cui la vita va regolata nel senso che egli deve prendersi il necessario riposo giornaliero, dormire a sufficienza, regolare bene la nutrizione e tutto il ricambio. Non si può intraprendere la cura energica abortiva in individui sovraffaticati ed esposti a cause debilitanti.

Risulta in complesso che con il trattamento indicato si può ottenere, pur nel decorso essenzialmente cronico della sifilide, un reale abbreviamento della cura, in confronto dei consueti modi di trattamento. Purtroppo però non tutti i casi sono adatti e non tutti si presentano al medico a tempo; troppo spesso la sifilide è riconosciuta un po' tardi per usufruire del trattamento abortivo.

Gli insuccessi del trattamento abortivo come di quello precoce sono dovuti a difetto nella scelta del malato od a trattamento insufficiente. Ad entrambe queste cause di errore si può ovviare e noi dobbiamo considerare il trattamento precoce e la guarigione rapida come le più importanti conquiste nel campo della lotta antisifilitica.

FILIPPINI.

MEDICINA SPERIMENTALE.

Ricerche sullo sviluppo del bacillo tubercolare e vaccinazione antitubercolare delle cavie.

(A. VAUDREMER. *Bull. Acad. de Méd.*, 1926, n. 18).

Nella seduta del 4 maggio 1926, all'Accademia di Medicina di Parigi, l'A. ha esposto il risultato di lunghe ricerche sulle variazioni culturali del bacillo tubercolare. È sufficiente modificare la composizione del mezzo di cultura per ottenere delle forme ben diverse dal comune bacillo tubercolare e quasi sempre sprovviste di acido-resistenza. È interessante il fatto che trapiantando queste forme atipiche di bacilli tubercolari nei comuni terreni alla glicerina si ottengono di nuovo bacilli tubercolari morfologicamente tipici, e per di più acido-resistenti. Fra i terreni sintetici senza glicerina uno dei più adatti è quello usato da Genard e così composto: succinnato d'ammonio gr. 0,50, fosfato bipotassico gr. 0,5, solfato di magnesia gr. 0,25, cloruro di calcio gr. 0,135, acqua distillata gr. 100. In questo terreno i bacilli tubercolari crescono alla superficie e in profondità. Alla superficie crescono formando un velo costituito da bacilli polimorfi, granulosi, non acido-resistenti; in profondità le culture acquistano l'aspetto di un fungo di colore giallastro composto di un piede circolare liscio sormontato da un cappello irregolare dal quale partono delle fine trabecole che si innalzano nel mezzo del terreno di cultura. Il polimorfismo del bacillo tubercolare è bene evidente ricorrendo anche ad altri mezzi di cultura quali l'agar in brodo Martin senza glicerina, l'agar in brodo di patate senza glicerina; dove esso cresce sotto forma di bacilli lunghi sottili, sinuosi, granulosi, assottigliati alle estremità, e mal colorabili col bleu, bene col Gram, non acido-resistenti. I bacilli così coltivati non danno luogo a formazione di tubercolina; quando però sono trapiantati in mezzi ricchi di sostanze azotate e con glicerina, o lecitina, danno luogo a forme tipiche acido-resistenti e capaci di produrre tubercolina.

Usando il brodo di patate e seminando in profondità si osserva che dopo 48 ore di termostato o dopo 5, 6 giorni a 15° si ha lo sviluppo di forme ovoidali, granulose, polimorfe, colorabili col Gram, ma non acido-resistenti, patogene per la cavia. Seminando alla superficie la trasformazione è più lenta e meno accentuata, si hanno cioè forme molto vicine a quelle bacillari classiche, ma quasi sprovviste di acido-resistenza. Con l'invecchiamento delle culture in profondità, dopo un mese non si distinguono che forme micelari, granulifere, ramificate, e granuli liberi dei quali alcuni appena visibili, altri grandi come le cellule del lievito. Queste forme si colorano anche col bleu, affatto col Gram, non sono acido-resistenti.

Queste forme inoculate nella cavia sono patogene sino al 12° passaggio; più oltre danno luogo alla formazione di un nodulo nel punto della inoculazione senza ulteriori lesioni classiche di tubercolosi cronica. Per assodare che il conservato potere patogeno non fosse in rapporto con bacilli persistenti e derivati dalla cultura di partenza,

l'A. provò la filtrazione delle culture, ricche di forme atipiche, attraverso candele L. 3. Le forme non filtrate in circa 10 mesi riprendevano, se trapiantate su patata glicerinata, l'aspetto tipico, mentre quelle filtrate solo eccezionalmente e molto lentamente davano luogo a qualche raro bacillo acido-resistente. Le forme filtrate non crescevano che in brodo di patate ma presentavano ancora un potere patogeno particolare consistente nel provocare, se inoculate sotto la pelle nelle cavie, una poliadenite tardiva che perdurava vari mesi senza uccidere l'animale. L'iniezione endovenosa invece era mortale fra 8 e 19 giorni, e dal sangue del cuore si coltivavano bacilli tubercolari tipici, acido-resistenti. Come conseguenza pratica di queste ricerche l'A. ha cercato di vaccinare le cavie con emulsione di germi coltivati in brodo di patate e uccisi col riscaldamento a 59° per mezz'ora. Egli ha riscontrato che gli animali vaccinati così nell'ottobre 1924, poi infettati nel gennaio 1925 e di nuovo nel luglio 1925 erano ancora vivi al marzo 1926, mentre i controlli delle due esperienze erano morti fra 8 e 21 giorni nella prima infezione, fra 28 e 66 nella seconda.

E. T.

CENNI BIBLIOGRAFICI

LEVY-VALENSI. *Précis de Psychiatrie*. J. B. Baillière et Fils editori. Parigi, 1926, 504 pagine.

Questo manuale appartiene alle così dette collane della *Bibliothèque du Doctorat en Médecine* che si pubblicano sotto la direzione di A. Gilbert e L. Fournier.

Nella prima parte del lavoro sono schematicamente, ma chiaramente elencati i fattori etiologici più importanti delle psicopatie e anche adombrate le questioni che negli ultimi anni hanno provocato numerose discussioni e studi profondi (costituzione mentale, freudismo, e così via).

Nella seconda parte, dedicata ai sintomi mentali, l'A. dopo aver descritto con molta lucidità i disturbi elementari a carico delle varie sfere della psiche, illustra i sintomi di dissociazione psichica (ossessioni, allucinazioni), enumerando gli atti morbosi degli alienati, i quali suddivide secondo gli istinti che li provocano (sopratutto intrattenendosi sugli istinti di conservazione e di generazione).

In seguito, dopo una descrizione dei sintomi fondamentali delle più importanti sindromi mentali, l'A. comincia coll'illustrare le singole psicosi di origine involutiva, ricordando molto lodevolmente a questo proposito, e malgrado la piccola mole del libro, le nozioni anatomiche più importanti e più moderne, necessarie per la esatta comprensione di questo gruppo di psicopatie. Segue una succinta, ma esauriente descrizione delle frenosi dal tipo espansivo-depressivo, della psicastenia, della neurastenia e del pitiatismo, a proposito del quale ultimo l'A. si rivela fedele apostolo delle teorie di Babinski. L'A. quindi affronta il capitolo della demenza precoce ed assolve brillantemente il difficile compito di illustrare brevemente, e pur tuttavia efficacemente, gli aspetti principali dell'arduo argomento. Fanno seguito descrizioni serrate e chiare delle varie forme di delirio sistematizzato, delle più diverse psicopatie organiche (intossicazioni esogene ed endogene), dei disturbi mentali consecutivi alle infezioni acute, e in quelle croniche (lodevole il capitolo sulla demenza paralitica). Nell'ultimo capitolo sono ricordati i più importanti elementi di pratica psichiatrica. Il libro si chiude con un utilissimo riassunto di semeiologia mentale. Il testo è illustrato da numerose figure e da frequenti schemi.

Nel complesso il libro corrisponde pienamente alle intenzioni espresse dall'A. nella prefazione. Non si tratta cioè di un'opera destinata agli specialisti, ma di un lucido manuale, al quale studenti e medici pratici potranno ricorrere con vera utilità, quante volte sarà loro necessario un primo orientamento, specialmente d'indole semiologica, di fronte ad un malato di mente.

G. MINGAZZINI.

ALEXANDER e MARBURG. *Handbuch der Neurologie des Ohres*. 3° vol. Urban u. Schwarzenberg, Berlino e Vienna, 1926.

Gli argomenti svolti in questa III^a parte dell'ammirabile opera diretta dai due otoiatri Viennesi, sono di tale importanza e la loro trattazione così ampia ed esauriente che nessun neurologo, otoiatra o chirurgo, per poco che tenga ad essere padrone della disciplina medica da lui coltivata, potrà fare a meno di consultare il poderoso volume.

Questo si inizia con lo svolgimento dell'argomento dei tumori dell'apparato vestibolare e cocleare, trattato magistralmente — *ab Jove principium* — dal Marburg. Il difficilissimo tema è affrontato nei minimi particolari. L'anatomia patologica è copiosamente illustrata, tenendo conto scrupoloso dei più recenti metodi istochimici. La trattazione della sintomatologia è minuziosa, chiara, convincente, basata su un numero enorme di casi dei quali molti sono personali. Esaurientissimi i paragrafi riguardanti i tumori del cervelletto e quelli dell'angolo ponto-cerebellare.

Altrettanto lo è il capitolo del chirurgo Denk in cui la terapia chirurgica dei tumori cerebellari è svolta con ampiezza e con chiarezza ammi-

revole, sia per le norme generali, sia per le operazioni riferentisi ai singoli lobuli.

Segue lo Sgallizer, il quale discorre della Röntgenterapia dell'orecchio, compresi i tumori della fossa cranica posteriore.

Viene subito dopo, uno dei capitoli più originali di tutta l'opera, che dimostra come l'autore sia al corrente di tutti i recentissimi lavori riferentisi ad una delle questioni forse più dibattute della neurologia moderna. È questo il capitolo scritto dal Pollak per delucidare il meccanismo con cui i disturbi degli apparati cocleare e vestibolare concorrono alle distonie e alle discinesie. Qui, dopo una completa esposizione della parte fisiologica e fisiopatologica del problema concernente i rapporti fra tono muscolare e labirinto, fra tono muscolare e cervelletto, fra lesioni del sistema extrapiramidale e labirinto, viene partitamente ed esaurientemente esaminata tutta la patologia umana del tono e del movimento, dipendente da lesioni sia cerebellari che extrapiramidali.

Una parte considerevole, si può dire più della metà dell'opera, è dedicata esclusivamente alle nevrosi e alle psicosi determinate da malattie dell'apparato auriculo-vestibolare. Così Leidler e Loewy discorrono della compartecipazione della coclea e del labirinto alle neurosi: le pagine riflettenti le vertigini dal punto di vista delle loro varie cause, e le agorafobie, saranno lette con piacere da quanti hanno a che fare con i numerosi malati affetti da siffatte sindromi neuropatiche.

Altri argomenti, come le neurosi riflesse di origine otogena escono dalla penna dell'Urbantschitsch; della compartecipazione degli orecchi alle psicosi, ragiona lo Stranski. Il tremore degli occhi (così caratteristico dei montanari) ed il mal di mare sono trattati a fondo, il primo dall'Ohm e il secondo dall'Abels, e da ogni punto di vista, compresa la terapia.

L'analisi sperimentale delle azioni riflesse vegetative del labirinto e lo *spasmus mutans* è stata elaborata rispettivamente dallo Spiegel e dallo Zappert. Cognizioni del tutto nuove scaturiscono dalla lettura di uno degli ultimi capitoli in cui si discute dal Palthe sui disturbi nervosi del campo dell'*octavus*, insorgenti nell'uomo durante l'aviazione.

L'opera si chiude con un capitolo magistrale — *à tout seigneur toute honneur* — dedicato da G. Alexander alla neurologia dell'orecchio nel cretinismo e nel mixedema.

Non io spenderò troppe parole per magnificare ancora di più il complesso dell'opera, la quale attende gl'idi di ottobre per essere integrata col suo 2° ed ultimo volume. Lo spirito di Meynert aleggia, glorioso ricordo della sempre illustre *Universitas Vindobonensis*, intorno alle salde mura di questo monumento di costanza e di sapere, al quale hanno posto mano rappresentanti così insigni dell'otoiatria e della neuropatologia, quali Alexander e Marburg.

Ed è questa — la neurologia dell'orecchio — opera che dovrà essere patrimonio indispensabile di qualsiasi biblioteca biologica, degli istituti tutti oto- e neuroiatrici, e di quanti si dedicano seriamente all'una o all'altra di queste due importantissime discipline mediche.

G. MINGAZZINI.

SORREL-DEJERINE. *Contribution à l'étude des paraplégies pottiques.* Masson, Paris, 1926, pag. 402, fig. 97. Fr. 40.

Malgrado il numero assai importante di lavori scritti, nel lungo volger degli anni da Percival Pott ad oggi, sull'argomento, tuttavia non era stata ancora definitivamente stabilita la ragione per la quale una paraplegia pottica guarisse in un caso e non nell'altro. L'autrice che è la figlia del grande Dejerine e la moglie del chirurgo Sorrel, ha potuto trarre alcune importanti conclusioni sull'evoluzione di tali sintomatologie, basati non solo sull'osservazione clinica di 40 casi, ma anche su alcune autopsie.

Si sono così potute stabilire diverse forme cliniche: 1) una forma transitoria paraplegica, con esito in guarigione in qualche settimana senza conseguenze; 2) una forma curabile in 18 mesi-2 anni; 3) una forma a evoluzione cronica.

Nei riguardi delle prognosi si può dire che le paraplegie curabili sono proprio quelle che si sono stabilite precocemente, rapidamente, in modo totale dovute talora ad ascessi intrarachidei, o consecutivi, talaltra ad edemi di tutto il focolaio vertebrale. Invece le sindromi stabilitesi cronicamente, tardivamente e lentamente, talora in modo incompleto, dovute per lo più a pachi-meningite, a dei sequestri ossei o alterazioni vascolari, o consecutivi ad una compressione midollare particolarmente intensa o prolungata durano anni e hanno prognosi assai più riservate. È anche assai interessante notare che mentre l'età non ha, nei riguardi dell'evoluzione clinica che una importanza molto relativa, la immobilità rigorosa è stata seguita se non costantemente quasi sempre da guarigione; malati con paraplegia tardiva, non erano stati mai sottoposti invece a tale benefico sistema di cura.

E. M.

E. STIER. *Ueber die sogenannten Unfallneurosen.* Vol. in-16° di pag. 84. R. M. 3. Ed. Thieme, Lipsia.

L'A. porta il contributo della sua esperienza di 25 anni sul problema delle neurosi da infortunio. Discute l'argomento dal punto di vista teorico e pratico basandosi su un vasto materiale aggiornato, raccolto nella direzione delle poste di Ber-

lino. Con numerose perizie riportate per esteso, dimostra come con una osservazione accurata, sia possibile quasi sempre di attribuire i fenomeni classificati come neurosi da infortunio a cause estranee al trauma o alla simulazione.

VALDONI.

K. BONHOEFFER e W. HIS. *Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen*. Vol. in-8° di pag. 28. R. M. 1. Ed. Thieme, Lipsia.

Gli AA., il primo direttore della clinica psichiatrica e il secondo della clinica medica dell'università di Berlino, pubblicano le relazioni sulle neurosi da infortunio tenute alla Società di psichiatria e medicina di Berlino. L'argomento è oggi oggetto di studio accurato in Germania; con questa pubblicazione gli autori portano un contributo all'applicazione pratica delle teorie moderne.

VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 17 marzo 1926.

Presidente: E. ALFIERI.

Le concrezioni della prostata e dell'otricolo prostatico.

R. BALLI. — L'O., dopo aver accennato ai particolari morfologici della prostata e dell'otricolo prostatico, mette in evidenza, alla luce delle più recenti ricerche istologiche, il valore che si deve dare specie al lobo medio della prostata nei casi di ipertrofia di esso.

Gli stessi effetti che questa ipertrofia determina, si possono avere, dal punto di vista clinico, nei casi in cui la prostata e l'otricolo prostatico si fanno sede delle cosidette *concrezioni prostatiche*.

Di queste il BALLI studia la genesi, le caratteristiche morfologiche, topografiche chimiche ed il loro modo di comportarsi di fronte ai raggi Röntgen. Indica, infine, quale sia la tecnica radiologica più adatta per metterle in evidenza.

Sulla malattia osteogenica exostosis cartilaginea multiplex.

GRIGNANI R. — L'O. riferisce due casi affetti da esostosi osteogenetiche multiple assai interessanti per la molteplicità delle localizzazioni, per alcune sedi di sviluppo eccezionali, e per il singolare esito di alcune delle esostosi.

Ad uno de' suoi malati venne estirpato un tumore osteogenetico sito alla testa peroneale destra che impediva la stazione eretta e la deambulazione del paziente, e che era sede di vivissimi dolori, ottenendo ottimo risultato.

Un interesse particolare ha questo caso perchè nello spazio di due anni sono scomparse spontaneamente alcune esostosi anche di discreto volume che stavano impiantate sulle coste. Il riassorbimento era stato accompagnato da fenomeni flogistici locali abbastanza intensi; e si può assistere ancora al fenomeno essendovene ancora una in via di riassorbimento alla 4ª costa di destra, dove osservasi l'esostosi ridotta dal volume di un uovo di piccione a quello di un fagiolo, staccata completamente dall'osso, libera nelle parti molli come un corpo estraneo.

Dallo studio de' suoi casi l'O. crede di non poter trovare argomento di appoggio nelle numerose teorie ed ipotesi portate a spiegazione della malattia; pensa piuttosto che si debba ricercare la patogenesi dell'affezione in un disturbo endocrino pluriglandulare.

Alcune considerazioni sull'influenza.

FERRATA. — L'O., premesso che la sua comunicazione vuole avere esclusivamente carattere pratico, svolge alcune considerazioni sull'influenza, cercando di porre in chiaro i caratteri peculiari della malattia tipica in confronto con gli altri quadri reumatoidi, eminentemente dismorfi, che con l'influenza vengono spesso confusi.

I punti principali che, secondo l'O., possono individuare l'influenza, sono la contagiosità, la relativa benignità dal punto di vista epidemiologico, l'astenia che domina il quadro morboso e che si manifesta con ipotensione arteriosa costante; il quadro ematico caratterizzato da leucopenia con linfocitosi relativa. Dopo aver accennato al significato delle complicazioni polmonari che frequentemente si riscontrano nell'influenza, l'O. trae dalle considerazioni fatte la conclusione terapeutica che, essendo l'influenza dominata dall'ipotensione arteriosa e dall'adinamia, siano da evitare i preparati salicilici di cui il medico pratico abusa e che si debba invece subito e soprattutto mirare a tenere valide le forze del cuore, alta la pressione arteriosa e buono lo stato di nutrizione del paziente.

Osservazioni istologiche sopra un caso di adeno-carcinoma della mammella.

E. VERATTI. — In un adeno-carcinoma della mammella, nel quale lo sviluppo della neoformazione maligna era all'inizio, si sono rilevati fatti di necrosi dell'epitelio di rivestimento degli alveoli per i loro caratteri interpretabili come primitivi in connessione con fatti di proliferazione atipica dell'epitelio.

Richiama l'attenzione sul possibile rapporto genesico fra i due fenomeni ricordando fatti simili osservati di recente nella istogenesi del cancro sperimentale da catrame.

Seduta del 16 aprile 1926.

Alcune osservazioni cliniche su due casi di cancro-cirrosi epatica.

Dott. A. OMODEI-ZORINI. — L'O. illustra due casi di cancro cirrosi epatica associata ad alterazioni gastriche (nel 1° ad achilia ed a insufficienza

pilorica, nel 2° ad ulcera iuxta-pilorica). In entrambi i casi esisteva un quadro di cirrosi epatica a fegato relativamente piccolo ed a decorso sub acuto. L'età avanzata dei soggetti, la scarsità dell'ascite, la presenza di ittero, la mancanza dell'alcoolismo e della lue nell'anamnesi, avevano fatto sospettare la natura neoplastica della cirrosi. La diagnosi clinica venne però ostacolata dalle alterazioni gastriche complicanti.

Seduta del 30 aprile 1926.

Tricofitide con emocoltura di Trichophyton Plicatile.

G. FALCHI. — In un caso di tricofitide a tipo papulo-lichenoide insorto in un ragazzo di 11 anni affetto da cherion mutipli di natura tricofitica al cuoio capelluto l'O. ha potuto in due riprese a distanza di 5 giorni una dall'altra, coltivare dal sangue circolante il Trichophyton Plicatile.

Epididimite gonococcica suppurata.

G. FALCHI. — In individuo di 47 anni luetico curato in modo irregolare ed insufficiente, affetto ripetutamente da uretrite gonococcica, l'O. ha visto insorgere una epididimo-deferentite acuta.

In seguito ad iniezione endovenosa di Gonovaccino (5 milioni) si è avuto propagazione del processo infiammatorio all'altro epididimo e deferente. Più tardi (4 giorni) dopo due iniezioni intramuscolari di Caseal calcico (2-3 cc.), si ebbe riaccensione violenta all'epididimo e deferente destro con formazione di ascesso all'emiscroto corrispondente e raccolta purulenta profonda perideferenziale sopra l'arcata crurale.

Incisione della raccolta nella borsa scrotale ove si ebbe svuotamento per espressione di quella perideferenziale; la raccolta dello scroto si era formata esclusivamente a carico della vaginale lasciando integri il didimo e l'epididimo. Seguito operatorio regolare con guarigione rapidissima.

Dal pus della raccolta l'O. ha ottenuto colture pure di gonococco su un terreno preparato estemporaneamente con agar glucosato e sangue dello stesso paziente. F. RICCI.

Società Medico-Chirurgica di Bergamo.

Seduta del 10 gennaio 1926.

Presidenza: prof. LUGIATO, presidente.

Il PRESIDENTE dà atto che la Società, dopo una lunga interruzione della sua attività dipendente da cause non tutte volontarie, riprende a vivere e si augura che possa continuare ad essere feconda palestra per l'incremento della scienza.

La sieroterapia nelle forme oculari.

Dott. A. BUSACCA. — L'O. comunica i risultati ottenuti a mezzo del siero antidifterico nelle congiuntiviti difteriche, pseudomembranose ed eczematose in 60 casi osservati in sei anni.

I casi di difterite sono stati 4 su di un totale di 10,000 ammalati visti. In essi si sono avuti due successi completi, un insuccesso dovuto alla forma complicata ed al tardivo intervento. Il quarto caso non si è potuto seguire. La cura (2000 U.I.) ha salvato gli occhi ai piccoli affetti (che una volta erano destinati alla cecità) influendo beneficamente anche sulle localizzazioni laringo-faringee abbreviando in complesso la durata della malattia.

Nelle forme pseudomembranose, tale terapia ha dato buon esito quando è stata praticata al principio della malattia, quando non vi è sfacelo della cornea. In tali casi si è avuta un'azione aspecifica.

Nei casi di congiuntivite eczematosa, molto frequente nei bambini linfatici, il siero ha impedito il formarsi di lesioni corneali (così frequenti prima che tale terapia fosse adoperata). Risultati quindi molto buoni e lusinghieri in forme che una volta davano grandissimo contributo alla cecità dei piccoli affetti.

Sopra un caso di sarcomatosi generale
(con presentazioni di pezzi e di preparati).

Dott. G. INVERNIZZI. — L'O. illustra quale interessante reperto d'autopsia una sarcomatosi generale d'origine pleurica (sarcoma polimorfo) in un bambino di 8 anni venuto al tavolo anatomico con la diagnosi clinica di tbc. polmonare e gangliare.

Interessanti sopratutto i noduli metastatici splenici per la relativa frequenza di neoplasie primitive e secondarie di tale organo. La diffusione polmonare dell'affezione e l'imponente partecipazione dell'apparato linfatico ha potuto giustificare l'errore diagnostico.

Cura della osteomalacia.

Dott. G. MORETTI. — L'O. accenna alle diverse terapie con particolare riguardo alle più recenti. Ricorda i controversi effetti della già nota cura adrenalinica. Nella maternità dell'Ospedale Maggiore di Bergamo in 30 anni si son notati 16 c. che rappresentano l'1,57 per mille delle ricoverate. Riferisce quindi gli esiti delle castrazioni eseguite: su 8 casi la guarigione è stata constatata, anche dopo anni, in 5 casi. In tre casi la malattia s'è ripresentata forse perchè l'intervento è avvenuto dopo parecchi anni dall'inizio dei sintomi essendo intervenute frattante altre gravidanze.

Conclude per l'indicazione della castrazione coadiuvato o meno dalla cura adrenalinica che rimane sempre una cura sintomatica.

Dott. M. CAMPLANI. — *Un caso di carcinoma trattato col radio e clinicamente guarito.* — Presentazione dell'ammalata. Dopo otto mesi la guarigione si mantiene.

Si passa quindi alla nomina delle cariche e risultano eletti all'unanimità: prof. LUGIATO, presidente; dott. LANDUCCI, vice-presidente; dott. INVERNIZZI, segretario-economo.

Il Segretario: Dott. INVERNIZZI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E TERAPIA.

Malattia celiaca. Definizione e diagnosi.

La malattia celiaca si può definire, secondo R. Miller (*The Lancet*, 13 febbraio 1926), come un disordine digestivo insorgente in fanciulli non affetti da altri disturbi addominali, e caratterizzato da un persistente cattivo assorbimento dei grassi, per cui si formano abbondanti feci grassose, mentre l'addome s'ingrossa e l'accrescimento somatico si arresta.

Per la diagnosi differenziale valgono i seguenti caratteri:

L'addome è ingrossato, ma non mostra nessun segno di malattia organica; spesso contrasta stranamente la piccolezza delle anche; la parete addominale, salvo che nei casi molto gravi, non è troppo alterata; con le stesse eccezioni il deperimento generale non è così accentuato come l'arresto dello sviluppo; il peso in rapporto all'età è molto al disotto della norma, mentre il peso in rapporto all'altezza è quasi normale; l'eccesso di grasso nelle feci supera ogni altra alterazione della digeribilità degli altri alimenti, ed anche con una dieta scarsa di grassi la sua proporzione resta alta, per lo più al disopra del 15 % del residuo fecale secco; il grasso fecale è sempre ben suddiviso.

Due sono le varietà della malattia:

1) Tipo diarroico (classico), nel quale il paziente elimina una forte quantità di feci scolorate, fetide, ricche di grassi (40-80 %), per lo più in forma di cristalli di acidi grassi. Di tanto in tanto nelle feci si ritrova anche del muco, come segno dell'irritazione intestinale.

La diagnosi di tale tipo di malattia celiaca va però spesso discussa con quella di altri stati morbosi.

Vi è così la diarrea catarrale dei rachitici, la quale si accompagna agli altri segni caratteristici della malattia.

L'enterite cronica (infantilismo enterico) si distingue perchè colpisce la digestione non dei soli grassi, ma di tutti gli elementi della dieta; in essa inoltre il deperimento organico supera l'arresto dell'accrescimento; nelle feci si ritrovano muco e sangue; con una dieta povera di grassi infine, la percentuale dei grassi delle feci si abbassa molto di più che nella malattia celiaca.

Nel gruppo delle enteriti croniche rientrano anche le forme tubercolari, le dissenteriche, le tossiche, ognuna caratterizzata da segni propri e da precedenti etiologici patogenetici speciali.

Bisogna poi, eventualmente, differenziare dalla steatorrea pancreatica, in cui il grasso che si ritrova in quantità eccessiva nelle feci ha un aspetto compatto, quasi di burro, al contrario di quanto avviene nella malattia celiaca, in cui, come si è detto, il grasso fecale è ben separato. In ogni modo anche tale disturbo può generare uno stato di infantilismo.

Vi è infine da considerare la diarrea grassosa che si produce in seguito all'ostruzione dei vasi chiliferi, dovuta in genere ad azione meccanica di ghiandole mesenteriche tubercolari. La constatazione di queste nell'addome rischiara la diagnosi.

2) Tipo non diarroico, in cui i sintomi sono gli stessi ma più miti che nel tipo classico. In tale forma le feci sono pure abbondanti più della norma, ma appaiono colorate, formate, non troppo fetide, e contengono dal 30 al 50 % di grassi, specie in forma di saponi.

Per la diagnosi di questo tipo bisogna considerare i sintomi con molta attenzione e per lungo tempo, perchè la malattia può essere mentita tanto da una superalimentazione grassa temporanea, quanto da una digestione cronicamente indebolita nei riguardi dei vari componenti del cibo.

M. FABERI.

Sui diverticoli multipli dell'intestino.

Difficile si presenta il tentativo di una classificazione dei diverticoli multipli dell'intestino, sopratutto se si voglia tener conto del fattore patogenetico. La patogenesi di essi infatti non è unica per tutti e differenti e numerose sono state le teorie emesse per spiegarla.

Tutti gli AA. son d'accordo nel riferire a un'incompleta chiusura del dotto onfalo-mesenterico l'origine del diverticolo di Meckel, quasi tutti nell'ammettere un disturbo nella canalizzazione, durante lo sviluppo embrionale, dell'intestino per spiegare l'origine dei diverticoli congeniti. Per i diverticoli acquisiti invece, moltissime sono le ipotesi emesse dai vari AA. e differenti anche, secondo la loro varietà anatomo-patologica e di localizzazione. Alcuni pensano a uno stiramento del mesenterio, altri (Leube) ad ernia della mucosa intestinale attraverso le fibre muscolari della tunica media divaricate, altri ancora a stasi venose, ecc.

Il dott. M. Dalla Palma (*Pathologica*, febb. 1926) dopo aver dimostrato l'insufficienza delle classificazioni fino ad ora proposte, ne presenta una sua, che tien conto insieme del fattore morfologico, cronologico e patogenetico dei diverticoli.

Egli distingue tre gruppi:

1) *Diverticoli congeniti*, dovuti o all'imperfetta chiusura del dotto onfalo-mesenterico o ad anomala canalizzazione del tubo intestinale;

2) *Diverticoli acquisiti veri*, che sono costituiti da tutti e tre gli strati comuni della parete intestinale e sono determinati da cause varie, durante la vita extrauterina, pur potendo trovare la loro predisposizione in malformazioni congenite;

3) *Diverticoli acquisiti falsi*, che non sono costituiti da tutti e tre gli strati, e che originano nella vita extrauterina.

Fa seguire l'A. lo studio di due casi clinici con reperto d'autopsia. Nel primo si trattava di diverticoli acquisiti falsi del duodeno e della prima porzione del tenue, nel secondo di diverticoli acquisiti vari del colon.

Nel primo caso l'esame istologico dei diverticoli faceva riconoscere la presenza della sola mucosa e il costante loro rapporto di ubicazione coincidente con quella dei vasi venosi del mesenterio.

Nel secondo caso faceva riconoscere la parete dei diverticoli costituita da tutte e tre le tuniche intestinali e la loro distribuzione sui tre piani formati dal decorso delle tenie muscolari.

Discutendo la patogenesi in questi due casi, conclude, nel primo caso per un'ernia della mucosa attraverso le lacune connettivali perivascolari, abnormemente ampie, nel secondo caso per una distensione e divaricamento degli haustra già congenitamente più pronunciati. La causa determinante poi è in ambo i casi il meteorismo e la stasi fecale, specialmente il primo, che distendendo progressivamente la parete intestinale nei punti congenitamente meno resistenti, hanno prodotto la formazione dei diverticoli.

M. CAJA.

Diverticolo della cistifellea stenosante il piloro.

Nel caso occorso si trattava di una donna di 67 anni, cachettica. Accusava dolori alla regione epigastrica, insorti in pieno benessere sei mesi prima e che progressivamente erano andati aumentando e accompagnandosi a vomito, anoressia, deperimento. All'esame obbiettivo si riscontrò soltanto la presenza di una tumefazione dura, indolente, poco spostabile, situata a destra della linea mediana, a quattro dita sotto l'arcata costale. Radioscopicamente si vedeva uno stomaco allungato, ptosico con un difetto di riempimento costante nell'antro pilorico, a limite netto. Peristalsi valida. Venne fatta diagnosi di tumore extragastrico. All'intervento si trovò una grossa tumefazione che inglobava tutta la regione prepilorica dello stomaco e che era aderente alla cistifellea provvista di pareti molto spesse. Il tumore era rivestito alla superfice dalla muscolatura longitudinale dello stomaco. Venne praticata una resezione gastrica asportando assieme la cistifellea.

All'esame della parte resecata, si trovò una cisti insinuatasi nella parete dello stomaco e comunicante con un orifizio con il fondo della cistifellea. Questa era dilatata, ripiena di liquido chiaro e calcoli di bilirubina; il dotto cistico era chiuso da un calcolo. Il contenuto della cisti era eguale a quello che riempiva la vescichetta biliare. Anatomicamente era formata da uno strato di tessuto fibroso rivestito da uno strato di cellule epiteliali cilindriche.

W. Sebening e W. Schöndube (*Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 137, f. 2) pensano che si tratti di un diverticolo acquisito originatosi in corrispondenza di una alterazione congenita della parete della cistifellea, e cioè di un adenoma del fondo. In un primo tempo si sarebbe avuta una colecistite con aderenze infiammatorie allo stomaco, poi la chiusura calcolosa del cistico con conseguente idrope della cistifellea e dilatazione delle sue pareti ispessite e cicatriziali. Però in corrispondenza dell'adenoma del fondo la parete, meno robusta, si sarebbe sfiancata di più formando così la cisti che, per le aderenze infiammatorie tra il fondo della cistifellea e lo stomaco, si è dovuta sviluppare nello spessore della parete gastrica.

Non credono, invece, di poter attribuire la genesi della cisti ad un ampliamento dei dotti di Luschka perchè questi, pur dilatandosi, non possono raggiungere mai dimensioni cospicue.

VALDONI.

La prognosi chirurgica del cancro dello stomaco.

V. Pauchet e Hirchberg (*Bulletin de l'Académie de médecine*, n. 94, 1925) hanno osservato negli ultimi quattro anni 100 cancri gastrici operabili e 30 inoperabili. Il cancro gastrico è più frequente nell'uomo che nella donna ed, isolatamente preso, più grave nell'uomo che nella donna.

Nel cancro operabile la presenza dell'HCl nel succo gastrico modifica la prognosi immediata ed a distanza. In 21 cancri operati con HCl persistente, gli AA. hanno avuto due morti e due recidive rapide su 12 malati in osservazione.

Su 50 cancri anacloridrici, la mortalità operatoria è stata di 22; su 13 malati in osservazione, sei recidive rapide.

Il bilancio dunque nei cancri con acido cloridrico libero mostra una mortalità operatoria moderata, recidive tardive, favorevoli risultati lontani.

Gli elementi principali della favorevole prognosi sono, per quanto riguarda la immediata prognosi operatoria, in rapporto con il chimismo; per quanto riguarda la prognosi lontana sono da prendersi in considerazione la propagazione gan-

glionare, la persistenza o meno dell'HCl. Ma anche nelle forme anacloridriche la prognosi, mentre è riservata nelle forme infiltranti, può essere ancora favorevole nelle forme vegetanti.

MONTELEONE.

Il cancro del colon trasverso e dei suoi angoli.

Nel 28 % dei casi di cancro del crasso (escluso il retto) si ha la localizzazione al colon trasverso od ai suoi angoli. La frequenza è maggiore nell'uomo che nella donna; l'età media in cui si trova è fra i 40 ed i 60 anni.

Le reazioni infiammatorie sono le stesse che per gli altri cancri colici: aderenze, ascessi, adenopatie. La propagazione cancerosa si fa lungo i linfatici che, per l'angolo destro ed il colon trasverso (meno il quarto di sinistra) finiscono a gangli situati sulla faccia anteriore della testa del pancreas e che per la rimanente porzione e l'angolo sinistro finiscono al confluente portale comune dietro al corpo del pancreas. La forma anulare è la più frequente, quella encefaloide si osserva specialmente all'angolo destro.

Le forme cliniche sono: 1) gastrica (disturbi dispeptici, dolori epigastrici, vomiti); 2) stenosante; 3) con tumore; 4) biliare (crisi dolorose nell'ipocondrio destro; 5) occlusiva (più frequente nell'angolo sinistro).

Il trattamento è unicamente chirurgico mediante colectomia con o senza derivazione. I risultati immediati sono: mortalità per il colon trasverso 28,27 %; per l'angolo sinistro 26,4 %; per l'angolo destro 30,30 %. I risultati lontani non sono cattivi, avendosi delle sopravvivenze di 6, 10, 17 fino a 19 anni.

Nei cancri complicati, quando vi sia l'ascesso P. Bertrand (*Thèse de Lyon* e *Presse médicale*, 28 aprile 1926) consiglia la semplice incisione dell'ascesso a cui si potrà aggiungere in certi casi una cecostomia; quando vi è occlusione occorre anzitutto praticare l'ano cecale. La colectomia con derivazione è indicata nei casi in cui il tumore presenta aderenze tali che non si può liberarlo senza far correre il pericolo di cellulite o di peritonite.

fil.

Purganti e lassativi.

Per ottenere i resultati migliori bisogna trattare l'irregolare funzionamento degli intestini con speciale riguardo alle peculiari condizioni di ogni singolo individuo. Ciò che infatti è normale per l'uno può essere anormale per l'altro, e questo va inteso tanto per il numero che per la qualità delle deiezioni.

Sarà utile intanto iniziare la regolare abitudine degli intestini fin dall'età più tenera, combattendo la superalimentazione, dannosa in special modo durante il periodo della dentizione. Nei bambini più grandicelli si sorveglierà il naturale funzionamento giornaliero, spesso protratto o trascurato per la smania di giuocare.

In questo periodo della vita avranno poi importanza capitale sia l'alimentazione appropriata all'età, ricca di frutta e di vegetali freschi, sia la masticazione calma e completa dei cibi.

Il medico dovrà sempre rammentare l'utilità dell'esercizio del camminare, che facilita il circolo della porta e la peristalsi dell'intestino.

Negli adulti, specie dopo l'età media, i disturbi intestinali in forma di costipazione o di diarrea possono essere in rapporto a neoplasmi maligni dell'apparato digerente, e sopratutto al cancro del retto. In caso di dubbio non sarà quindi inutile praticare un'esplorazione rettale.

I purganti agiscono aumentando la peristalsi dell'intestino e stimolando la formazione del muco; i lassativi hanno azione simile, ma molto più blanda.

Tra i purganti C. W. Chapman (*The Practitioner*, maggio 1926) cita i salini: solfato di sodio e di magnesio, non indicati allorquando si cerca di allontanare scibale dure, per la loro azione piuttosto drastica che evacuativa; la scialappa, utile nelle idropisie; l'olio di ricino e i petroli purificati.

Come il migliore dei lassativi vanta infine la senna, da sola o combinata con tartrato di sodio e carminativi.

M. FABERI.

La somministrazione dell'olio di ricino.

I metodi classici di somministrazione per mascherare il sapore dell'olio di ricino consistono nel mescolarlo al caffè, al latte caldo zuccherato ed aromatizzato, sbattendo bene come una *mayonnaise*. Migliori sarebbero (*Journ. de médecine de Paris*, 1926, n. 15) le seguenti formole:

Olio di ricino g. 2-10. Un rosso d'uovo. Battere vivamente ed aggiungere poco a poco: acqua tiepida cmc. 80; acqua di fiori d'arancio cmc. 20. Da prendere in 1-2 volte.

Oppure: olio di ricino g. 4-10; glicerina g. 10; acqua di menta g. 5; essenza di menta gocce 2.

Oppure: olio di ricino g. 20; sciroppo di gomma, sciroppo di lamponi, ana g. 15; essenza di cedro gocce 1. Se ne somministra un cucchiaino per ogni anno di età fino ai 5.

Oppure: olio di ricino, sciroppo d'orzo, acqua di menta, ana g. 20.

L'acqua di mare per via orale.

F. Pullè (*Riv. di idrologia, climatologia e terapia fisica*, gennaio 1926) ha ottenuto buoni risultati con l'acqua di mare prescritta a scopo di sem-

plice purgante, oppure in disturbi intestinali consistenti in catarro, atonia ed in individui con stipsi cronica e fenomeni emorroidarii concomitanti.

Si somministra a digiuno a dosi di mezzo a due bicchieri; non esistono controindicazioni. La raccolta può essere fatta anche a soli 25-30 metri dal battente delle onde. *fil.*

IGIENE.

Ricerca delle frodi negli olii.

Per la ricerca dell'olio di sesamo in quello di oliva esiste, come è noto, la reazione di Villavecchia e Fabris con il furfurolo. Tale reazione però, pur essendo netta e sensibile (scopre il 5 ‰ circa di olio di sesamo) ha lo svantaggio che la soluzione di furfurolo va rinnovata spesso, poichè si altera ed il furfurolo deve essere distillato di recente.

P. Saccardi (*Boll. della Soc. Eustachiana*, 1925, luglio-ottobre) propone ora una nuova reazione che usa, in luogo dell'aldeide furfurica, altre aldeidi, modificando altresì la tecnica della reazione. Egli cioè aggiunge all'olio in esame una goccia di aldeide cinnamica (oppure aldeide anisica o salicilica) e acido cloridrico concentrato in volume pari alla miscela. Si ha allora:

1) *Per l'aldeide cinnamica.* Per dosi limiti di olio di sesamo, colore roseo dell'acido cloridrico sottostante, per quelle più forti rosso-amaranto; la colorazione, dopo mezz'ora, passa al bruno.

2) *Per l'aldeide anisica.* Per dosi-limiti, colore roseo, per quelle forti, rosso-cremisi; la colorazione, dopo un quarto d'ora, passa al bruno.

3) *Per l'aldeide salicilica.* Per dosi limiti, colore roseo, per quelle forti rosso. Passa al bruno dopo mezz'ora.

Con l'aldeide cinnamica, per quantità superiori al 18 ‰, la reazione è istantanea, meno rapida con le altre due. Con gli olii vecchi si ha talora una colorazione aranciata dell'acido cloridrico, che però dopo 15-30 minuti passa al verde anzichè al bruno.

Un'altra reazione proposta in questi ultimi tempi è pure assai importante per la notevole estensione che va prendendo la raffinazione degli olii al solfuro. È noto che, dopo la preparazione dell'olio di ulivo, le sanse contengono ancora una forte quantità di olio che viene estratto per mezzo del solfuro di carbonio e che serviva un tempo per soli usi industriali. L'industria ha trovato modo di raffinare questo olio e di presentarlo al pubblico come genuino olio di uliva di cui presenta, di fatto, le reazioni caratteristiche, senza presentare quelle degli olii di semi. La ricerca del solfuro di carbonio si faceva finora con un metodo un po' lungo e complicato. Lo stesso P. Saccardo (*Giornale di Chimica industriale ed applicata*, 1926, n. 1) ha trovato una reazione che offre il vantaggio di essere sensibile e di facile e rapida esecuzione.

Il reattivo è costituito da una soluzione di empiastro diachilon (5 grammi) in 100 cmc. di benzolo puro; si filtra (e la filtrazione è piuttosto lenta); il reattivo si conserva a lungo. A parte si prepara una soluzione di 30 g. di idrato potassico in 100 cmc. di alcool a 95°; si filtra e si mantiene in bottiglia con tappo di vetro.

A un cmc. di olio in esame, si aggiunge un cmc. di potassa alcoolica e un cmc. della soluzione benzolica. Si porta ad ebollizione e in presenza di solfuro, si avrà un forte annerimento, con successiva precipitazione di solfuro di piombo. La reazione è ancora positiva con una goccia di olio al solfuro in un cmc. di olio di uliva, ciò che equivale ad una sensibilità di 1 a 20; la sensibilità è quindi più che sufficiente per gli scopi bromatologici. Se invece si opera sul distillato dell'olio in esame, dopo averlo dibattuto con 25 % di alcool a 95°, la reazione è ancora positiva con la miscela di 1 cmc. di olio al solfuro in 100 cmc. di olio di oliva. Anche il riscaldamento a 130° o con vapore surriscaldato non fa perdere la reazione. A. FILIPPINI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Comportamento di germi saprofiti nell'organismo.

G. Pergher (*Annali d'Igiene*, febbraio 1926), dopo iniezioni intratracheali di germi saprofiti (spore e forme vegetative di glicobatterio, megaterio, sottile), li ha ritrovati prontamente nel sangue: in un caso le spore di glicobatterio poterono essere repertate in circolo un solo minuto dopo la iniezione in trachea.

Le spore di glicobatterio iniettate in trachea o nelle vene si accumulano negli organi, specialmente nel fegato e nella milza, e si eliminano per l'intestino. Allo scopo di evitare la possibilità che le spore, dopo essere state iniettate nelle vie aeree od esservisi scaricate e dopo averle risalite, giungessero nell'intestino dalla retrobocca, venendo deglutite, l'A. ha isolato, nei cani, un tratto d'intestino, nel quale si sono eliminati ugualmente i germi. È questo l'*experimentum crucis* dell'enterotropismo di Sanarelli.

Nell'attraversare l'organismo le spore di glicobatterio si affievoliscono, tanto da resistere meno al calore. Quest'azione viene esercitata dal siero, dal succo enterico e specialmente dai fagociti, come l'A. ha accertato con ricerche *in vitro*.

Il lavoro contiene altri dati interessanti.

F. G.

La flora microbica del naso e della gola in rapporto ai raffreddori.

G. S. Shirley, F. M. Hanger e A. R. Dochez (*Journ. exper. Medicine*, 1° marzo 1926) hanno studiato la flora normale del naso e della gola di 13 individui per un periodo di tempo da 5 a 9 mesi. La flora microbica normale comprende lo stafilococco albo, certi difteroidi ed in alcuni individui anche lo stafilococco aureo ed il citreo. Occasionalmente si trovano dei batteri, dei cocchi gram-negativi e degli streptococchi non emolitici. La flora normale della gola comprende: cocchi gram-negativi, streptococchi non emolitici e, per alcuni individui, grossi cocchi gram-negativi, bacillo dell'influenza, bacillo X e difteroidi. Transitoriamente si trovano stafilococco albo e citreo e pneumococchi.

Nessun batterio si trovò nei raffreddori a cui si potesse assegnare la parte di patogeno. Durante i raffreddori la solita flora nasale era scarsa nei primi stadi; quella della gola mostrava una preminenza od un'alterazione nei rapporti normali della solita flora. Certi organismi sono predominanti nei raffreddori come invasori tardivi o secondari; fra questi lo stafilococco aureo, gli streptococchi emolitici ed il bacillo dell'influenza. Vi è un aumento notevole degli streptococchi emolitici nelle infezioni della gola.

fil.

STORIA DELLA MEDICINA.

Sviluppo storico delle nostre conoscenze sulla malaria.

Nel discorso inaugurale del sen. E. Marchiafava al Congresso sulla malaria adunatosi a Roma durante lo scorso ottobre, venne tracciato lo sviluppo delle nostre conoscenze sulla malaria.

Abbiamo sotto gli occhi il testo integrale del magnifico discorso, pubblicato dalla *Rivista di Malariologia* (n. 2), e rileviamo con quale copiosa documentazione l'illustre scienziato ha saputo compiere questa ricostruzione storica, attingendo *larga manu* direttamente alle fonti.

Notevoli sono alcuni richiami: Varrone sospetta l'esistenza di esseri così minuti da sfuggire alla vista, emananti dalle paludi e che nell'organismo generano le febbri; Lancisi crede che le zanzare siano nocive per la saliva e presume che la malaria sia dovuta a minutissimi animali che penetrano nel sangue e vi si moltiplicano; Torti discrimina la malaria in rapporto all'azione della chinina, ne classifica le forme, disciplina l'impiego del rimedio specifico; Bassi divina l'esistenza di parassiti « che rinnovano l'accesso al momento della loro riproduzione, più o meno rapida secondo le specie » e a suo avviso « la durata degli accessi di febbre equivale alla durata di vita dei parassiti »; Bignami, con un lavoro sottile di critica, prevede che la trasmissione deve essere compiuta dalle zanzare per mezzo di punture.

Le ricerche più recenti si collegano così alle intuizioni antiche.

R. D.

VARIA.

Dati demografici sull'Italia.

La popolazione della penisola è aumentata da 25 milioni nel 1862 a 42 milioni al 1926, ossia del 70 % in poco più di un cinquantennio, attraverso notevoli perdite cagionate dai terremoti calabro-siculo e marsicano: 100,000; l'epidemia influenzale del 1918: 400,000; la guerra: 560,000 morti e 1,500,000 nati in meno. La mortalità che nel 1880 era ancora del 30 ‰, nel 1921 era ridotta a 17. La vita media si è allungata considerevolmente: dei nati nel 1880 il 50 % ha raggiunto appena 35 anni, mentre il 50 % dei nati nel 1919 può raggiungere 53 anni. (Da un articolo di L. Manfredi in *Rivista Sanitaria Siciliana*, aprile 1926).

La medicina coloniale francese.

Il ministro francese delle colonie, Léon Périer, in un discorso tenuto in seno all'Istituto di Medicina Coloniale, osservava che il personale sanitario delle colonie francesi comprende 637 medici, 448 farmacisti, 407 infermiere e levatrici, assistiti da oltre 4000 indigeni; che le colonie francesi dispongono di 192 ospedali, 653 dispensari, 178 maternità, 66 lebbroserie, 7 manicomi, senza contare gli stabilimenti meno importanti; che i crediti stanziati per l'igiene pubblica e l'assistenza medica nelle colonie, i quali erano di 2,973,000 franchi nel 1910, nel 1924 erano saliti a oltre 70 milioni di franchi. Tuttavia i quadri restano sempre scoperti. Difettano sovratutto i medici, tanto che si può parlare di una vera *crisi* della medicina coloniale. Richieste urgenti di medici sono fatte da molte colonie francesi.

Alcuni rimedi sono stati escogitati e in parte attuati, come l'autorizzazione agli studenti di medicina di compiere lo « stage » nell'Africa francese occidentale ed equatoriale, e l'istituzione di borse di studio di medicina coloniale.

Vorremmo suggerire ai nostri giovani medici di offrire la loro opera nelle colonie francesi.

(Dagli *Annali d'Igiene*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLIV. — Speciali benefici dipendenti dal servizio militare durante la guerra.

L'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 n. 2073, estende agli impiegati degli enti locali, in quanto siano applicabili, le disposizioni del Capo IV del R. D. 30 settembre 1922 n. 1990. Questa disposizione è importante ma poco conosciuta. È necessario tenerla presente.

Ne segnaliamo ora uno degli effetti. L'art. 43 del suddetto decreto 30 settembre 1922 — compreso nel Capo IV, e quindi applicabile agli enti locali — dispone che agli impiegati i quali abbiano prestato con buona condotta servizio in reparti combattenti durante la guerra, il tempo trascorso nei reparti anzidetti, deve essere computato per gli effetti del collocamento dei quadri di classificazione degli stipendi in aumento all'anzianità.

Applicando questa norma, il Consiglio di Stato (Sez. V) con decisione 12 marzo 1926 n. 66, ha dichiarato che essa è efficace sia che la qualità di impiegato dell'ente sia stata assunta prima della chiamata alle armi, sia che la nomina sia stata deliberata dopo, non più tardi, però, del 31 marzo 1922. Questa disposizione, essendo estesa agli enti locali *in quanto sia applicabile*, importa che gli impiegati già in servizio e poi chiamati alle armi e quelli assunti anteriormente al 31 marzo 1922 hanno diritto alla valutazione, *come anzianità*, del servizio prestato durante la guerra. Ne deriva, per nostro criterio, che del tempo trascorso in servizio militare presso reparti combattenti si deve tener conto agli effetti degli aumenti periodici dello stipendio.

Altra disposizione compresa nel Capo IV è quella dell'art. 42; per essa « l'età massima stabilita dagli ordinamenti di ciascuna amministrazione per l'ammissione ai concorsi di nomina *al primo grado di ogni carriera*, è elevata di cinque anni per coloro che abbiano prestato servizio militare durante la guerra ».

È opportuno tenere presente anche la disposizione dell'art. 41 che è pure compresa nel capo IV già ricordato. « *Nelle promozioni e nei concorsi* in cui si valutino, tra i coefficienti di merito, la durata e la qualità del servizio, il servizio militare prestato durante la guerra 1915-1918, da impiegati chiamati o richiamati alle armi, sarà considerato servizio civile, tenuto conto ove possibile, delle note informative compilate dalle autorità militari durante il servizio predetto. A parità di ogni altro requisito costituiranno titolo di merito il servizio militare prestato in reparti combattenti durante la guerra predetta e le decorazioni al valore conseguite. Agli effetti della applicazione del presente decreto verrà considerato servizio in reparti combattenti quello prestato presso l'esercito operante. Non sarà però tenuto conto del servizio nelle fortezze, fatta eccezione per quella di Venezia durante il periodo dal 1° novembre 1917 alla data dell'armistizio ».

Il Consiglio di Stato, con la decisione sopra ricordata, ha dichiarato che il beneficio previsto dall'art. 41 deve applicarsi anche a coloro i quali, essendo ora impiegati, siano stati chiamati o richiamati alle armi per la guerra, benchè non avessero ancora a quell'epoca la qualità di impiegati civili. Si noti, però, che questa norma e il titolo di preferenza da essa attribuito, riguardano soltanto le promozioni e i concorsi in cui si valutino tra i coefficienti di merito, la durata e la qualità del servizio: agli effetti delle promozioni e delle nomine in base a concorsi di questa natura il servizio militare deve essere considerato come servizio civile.

XLV. — Licenziamento deliberato dal commissario prefettizio.

L'art. 102 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2939 dispone che, quando sia necessario, il Prefetto o il Sottoprefetto, secondo le rispettive competenze, possono inviare appositi commissari per reggere provvisoriamente le amministrazioni provinciali, comunali e consorziali, salva la rispettiva ratifica dei provvedimenti adottati dai commissari con i poteri dei Consigli, ecc. Ciò importa che i commissari hanno per legge le attribuzioni del Sindaco, della Giunta e del Consiglio, salve, per i provvedimenti presi con i poteri del Consiglio, la ratifica del Prefetto e, ove sia necessario per la natura del provvedimento, l'approvazione tutoria.

Applicando questi criteri la V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 23 febbraio 1926 n. 54, ha dichiarato che il Commissario prefettizio può procedere anche al licenziamento di un medico condotto in base a giudizio disciplinare.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLAGIO (*Como*). — 2ª condotta; L. 9000 (per 400 poveri, oltre a L. 5 per ogni povero in più); L. 700 indenn. bicicl.; L. 500 per ambulatorio; età mass. 40 a. Scad. 20 luglio.

CAPRESE MICHELANGELO (*Arezzo*). — Al 4 luglio ore 17; L. 10,000 per 1500 pov.; L. 3000 cavalc.; c.-v.; L. 500 uff. san.; 4 quadrienni dec.; popolaz. legale 3100, iscritti circa 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 4 giu.

CETONA (*Siena*). — 2ª condotta; L. 8500; indenn. trasporto L. 3500; c.-v. di legge. Scad. 20 luglio.

CORREGGIO (*Reggio Emilia*). *Ospedale Civile.* — Med. chir. aiuto; L. 5000, 5 quadrienni del 1/10, c.-v. di legge. Alloggio obbligatorio e gratuito nell'Ospedale; vitto gratuito per i celibi. Età mass. 35 a. Scad. ore 18 del 20 luglio.

COTRONE (*Catanzaro*). — Condotta; L. 9000 oltre L. 500 per indenn. malaria; età mass. 45 a. Scad. 16 luglio.

CHIUSAFORTE (*Udine*). — Scad. 10 lug.; 2° reparto di consor.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att., L. 3000 trasp., c.-v. di Stato, 6 quadrienni dec.

FRASSINORO (*Modena*) — Due condotte med. chir. L. 8000 per circa 100 poveri; cavalc. L. 2500. Al titolare della 1ª cond., L. 800 per U. S. e compenso per cure infortunati; c.-v. di legge. Territorio in massima parte montuoso. Scad. 20 luglio.

FRASCATI (*Roma*). — Una condotta med. L. 9000 per 1000 poveri, L. 4 per ogni pov. in più e, se oltre i 2000, L. 5. Scad. 20 luglio. I concorrenti del precedente concorso sono ammessi di diritto a quello attuale. Assunzione servizio entro un mese.

GAVORRANO (*Grosseto*). — Scad. 15 lug., per Scarlino; L. 9700 oltre assegno complementare rivedibile di L. 1200 e 5 quadrienni dec.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. a ore 17. Ab. 866 agglomer. e 2943 sparsi; iscritti c. 400. L. 8500 e 10 bienni ventesimo; L. 2500 cavallo; età lim. 35 a. Tassa L. 50.15.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Istituto Pio Costante Gris.* — Direttore sanitario. A tutto il 15 lug. L. 14,000 lorde e 5 quinquenni dec., c.-v. di legge; alloggio a muri vuoti, orto e illuminaz. gratuiti; esclusa ogni altra indennità. Competenza di tecnica manicomiale attestata da manicomio o clinica psichiatr. Tassa L. 50. Docum. a 6 mesi dal 10 giu. Età 30-45 a. Prova bienn. Chiedere annunzio. Rivolgersi Segreteria.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Med. prim. dei riparti per tubercolosi. L. 4000, oltre al c.-v.; età mass. 45 a. Diploma di laurea da almeno 7 anni; non meno di 5 anni di servizio effettivo in riparti per tub di ospedali o cliniche. Nomina per 15 a., eventualmente prorogabile per quinquenni fino ai 65 a. di età. Scad. 10 agosto.

PIEDIMONTE D'ALIFE (*Caserta*). — Condotta residen. L. 7000 con 5 quadrienni dell'1/10; c.-v. di legge. Scad. ore 12 del 20 luglio.

PODENZANA (*Massa-Carrara*). — L. 9000, con 5 quinquenni dell'1/10, doppio c.-v., L. 1500 per indenn. cavalc., L. 500 per U. S. Fra i certificati si esige l'abilitazione ad U. S. Scad. 31 luglio.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Ufficiali san. per Florida, Ferla, Spaccaforno, Pachino, Pozzallo; stipendi L. 6000 e 7000: divieto di eserc. profess.; indenn. annua speciale da fissare; 4 quadrienni dec. Docum. a 3 mesi dal 7 giu. Scad. 45 gg. dal 7 giu. Età lim. 45 a.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella 2ª Div. medica. L. 4800; età mass. 35 a.; laurea da almeno 6 a. (eccezione per gli assistenti effettivi dell'Ospedale). Titoli ed esami. Scad. ore 17 del 20 luglio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Div. Dermosifilopatica. Condizioni come sopra.

CONCORSI A PREMI.

Ripigliando una tradizione interrotta dalla guerra l'Amministrazione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale » apre un concorso per un lavoro su argomenti di antropologia criminale esclusivamente tra tutti i suoi abbonati pel 1926. Il premio è di L. 1000. Ma ove il numero e l'importanza dei lavori presentati lo richiedano l'Amministrazione è disposta ad aggiungere un secondo premio di L. 500.

Il concorso si chiuderà il 31 dicembre 1926 e sarà giudicato dalla Direzione dell'Archivio coadiuvata, ove sia necessario, da apposita commissione.

I concorrenti potranno trattare qualsiasi argomento di antropologia criminale e in qualsiasi forma: studi anatomici, fisiologici o psicologici, narrazione commentata di casi criminali, biografie di criminali, elaborazione di dati statistici e simili.

Per questo primo concorso, data anche la brevità del tempo, i lavori potranno non superare 3-4 fogli di stampa formato « Archivio ». Il lavoro o i lavori premiati saranno pubblicati nell'« Archivio » e resteranno di proprietà della Casa Bocca. I manoscritti saranno indirizzati alla Direzione dell'« Archivio »; e ove non siano firmati verranno contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà incluso il nome dell'autore.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Il dott. Francesco Paulucci ha conseguito la libera docenza di Patologia chirurgica presso l'Università di Roma, svolgendo la tesi sulla « Suppurazione ».

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Congresso Nazionale Bufaliniano.

(Cesena, 20-21 dicembre 1925).

Dopo la commemorazione popolare che ebbe luogo a Cesena il 31 marzo dell'anno testè decorso, nuove austere e solenni onoranze sono state tributate al sommo medico-filosofo MAURIZIO BUFALINI in occasione del cinquantenario della sua morte.

Anche questa volta i medici italiani sono convenuti a Cesena, città natale del BUFALINI.

Il Comitato per le onoranze aveva per l'occasione pubblicato un nobilissimo manifesto con le firme del seguente Comitato d'Onore: AUGUSTO MURRI, Presidente; S. E. l'on. prof. PIETRO FEDELE, Ministro della P. I.; S. E. il Sen. TOMMASO TITTONI, Presidente del Senato del Regno; Senatori DAVIDE GIORDANO e GIUSEPPE DI BAGNO; Prefetto di Forlì e Sottoprefetto di Cesena; Magnifici Rettori delle RR. Università di Bologna e Firenze: proff. BARDUZZI, BILANCIONI, CAPEZZUOLI, CARDI, FRUGONI, GALLENGA, GARIN, GNUDI, MONDOLFO, RIVALTA, SILVAGNI, STEFANELLI, TESTI, VACINO e di altre Autorità e personalità.

Il Municipio di Cesena offrì ai congressisti, venuti da ogni parte d'Italia, il tradizionale Vermouth d'onore, e alle autorità, rappresentanze e discendenti della Famiglia BUFALINI un signorile banchetto. Dopo di che si formò un imponente corteo che, percorrendo le vie imbandierate, si recò a deporre corone ai piedi del monumento a MAURIZIO BUFALINI e poi proseguì verso il Teatro Comunale luogo del Congresso.

Nella magnifica aula del Ridotto troneggiava un artistico ritratto del BUFALINI. Si calcolarono presenti più di trecento medici, nè mancò una rappresentanza di letterati e filosofi.

Nel palco presero posto autorità e rappresentanze. Più di 250 adesioni di Università, Accademie, Società scientifiche, clinici illustri, (qualcuna pervenuta anche dall'estero) furono lette dal segretario dott. GIUSEPPE ARTUSI, promotore e organizzatore delle Onoranze e del Congresso.

Terminata la lettura delle adesioni il R. Commissario del Comune dott. TULLIO BUSIGNANI prese la parola e rivolse ai congressisti un cordiale saluto.

Prof. SILVAGNI. — Dopo le nobili parole pronunciate dal signor Commissario, e per il poco invidiabile privilegio dell'età, crede suo dovere rispondere al Commissario e ringraziarlo a nome dei medici convenuti per il cortese saluto.

L'O. ricorda di essere stato presente alla inaugurazione a Cesena del monumento a MAURIZIO BUFALINI, e quanta allora sia stata la sua meraviglia nell'udire in onore di BUFALINI la parola di Quintino Sella che rappresentava l'Accademia dei Lincei e che all'O. giovanissimo era più noto allora per la sua ferocia fiscale che per la sua qualità di scienziato. Nondimeno la parola di Quintino Sella lo fece assai riflettere sulla gloria del BUFALINI, dacchè era evidente che la fama del grande Cesenate usciva dai limiti del territorio della Medicina clinica ed invadeva quello della Scienza in genere, tanto che alla morte di Lui, Giovanni Battista Ercolani scrisse che il nome di BUFALINI sarebbe andato congiunto nei secoli a quello di Galilei.

L'O., che ha avuto la fortuna di appartenere per 30 anni alla Clinica di AUGUSTO MURRI, vuole qui riaffermare che il suo grande Maestro, pur avendo una sol volta parlato con BUFALINI vecchissimo, sia stato sempre il costante seguace e glorificatore del grande Cesenate.

I primi scritti medici del MURRI sono tutti così esemplari pel metodo della indagine, per la investigazione dei fatti, per la logica scientifica, che gli aprirono le porte della Clinica di Roma, su invito di GUIDO BACCELLI e gli dettero l'estimazione immediata e carissima di BUFALINI. Anzi l'O. deve ricordare che per lunghi e lunghi anni non vi sono stati che due Maestri in Italia che abbiano ricordato BUFALINI: MURRI nel suo lungo insegnamento clinico e BOTTAZZI in un suo prezioso libretto.

Solo da poco tempo se ne ode parlare dagli altri.

Non è forse facile spiegare ai non medici in che cosa consista la grandezza di BUFALINI dacchè Egli non fu inventore nè di rimedi nuovi, nè di morbi nuovi. L'O. afferma che la grandezza di BUFALINI è già tutta in quel profondo atto di meditazione che gli fece scrivere giovanissimo il *Saggio sulla dottrina della vita.* In questo scritto è tutta la ribellione del pensiero del BUFALINI a teorie e dottrine fantasiose e infondate; e vi è tutto il richiamo alla osservazione scrupolosa dei fatti nell'uomo ammalato, similmente necessaria alla scrupolosa osservazione di tutti i fenomeni in tutte le scienze.

Se si dovesse fare un paragone converrebbe richiamare alla mente Leonardo Da Vinci che, ricevuto l'incarico dal Duca di Milano di riprodurre con l'arte un cavallo, si rinchiuse per lunghi anni nello studio delle forme interne ed esterne dell'animale con una minuzie di osservazioni che offrì materia di scherno a Michelangelo allora giovinetto. Sorte non molto diversa fu serbata al BUFALINI giacchè Egli fu un antisignano tenace e convinto di una verità indiscussa e indiscutibile la quale viene seguita molto meno spesso che non paia a osservatori superficiali. L'O. si indugia a dimostrare appunto come tutta la grandezza del BUFALINI sia nell'avere dettato le regole di una metodica osservazione dei fatti, unico fondamento di qualunque induzione scientifica. L'O. cerca anche di dimostrare come non convenga confondere il progresso delle scienze mediche, la grande congerie di sperimenti e le numerose ricerche in tutte le scienze biologiche con quello che sia il metodo della indagine clinica. La malattia è uno sperimento in atto, non preparato nè guidato dalla volontà umana, ma che sorge così in natura come le cause lo provocano.

Riconoscerlo nei suoi segni, nella sua genesi, nel suo progredire, nel suo evolvere e nella prognosi è compito arditissimo come assai arduo è

l'altro di riconoscere le virtù medicatrici dei rimedi e le loro indicazioni. Nè bisogna dimenticare come fondamento della osservazione dei fatti sia anche qui la perfetta conoscenza della lingua e del valore delle parole.

Questo fu altro pregio del BUFALINI e vi sono delle pagine sue che possono reggere al confronto di quelle bellissime di Galileo, e che il chiarissimo prof. BILANCIONI, qui presente, ha fatto rivivere.

Ricorda poi ai Cesenati, che hanno sempre onorato MAURIZIO BUFALINI, come siano stati a Lui debitori di un grande privilegio loro toccato quando BUFALINI mandò medico a Cesena il suo allievo prediletto ROBUSTO MORI che con tanta dottrina e con tanta sapienza esercitò lunghi anni in Cesena la medicina pratica, e poichè sono presenti gli eredi di MAURIZIO BUFALINI dei quali cinque sono medici, due, più vecchi, condiscepoli dell'O., gli altri tre loro figliuoli, e uno di questi, Emilio ha pubblicato in quest'occasione lettere scambiate tra MAURIZIO BUFALINI e AUGUSTO MURRI, l'O. è lieto di portare a questi Colleghi vecchi e giovani il suo cordiale saluto.

APERTURA DEL CONGRESSO.

Il prof. EMANUELE MONDOLFO, direttore e primario del locale Ospedale M. Bufalini, è chiamato ad assumere la presidenza del Congresso. Il prof. MONDOLFO porge al prof. SILVAGNI un cordiale ringraziamento, e, ringraziati e salutati i medici convenuti, dichiara aperto il Congresso.

Prima seduta: Presidente E. MONDOLFO.

Tema unico: M. Bufalini.

Prof. dott. GIOVANNI GARIN (Firenze). — Descrive brevemente la vita e l'opera del BUFALINI degno continuatore del metodo del Galilei, restauratore di quella lunga arte per cui breve la vita, gloria e vanto della scuola medica fiorentina, dell'Italia, della Scienza.

Il BUFALINI costantemente bandì la cessazione di ogni dogmatismo e di qualsivoglia assetto sistematico e definitivo della medicina, rigenerò la clinica, additò quel sano indirizzo di osservazione e di esperimento della patologia, che, nella più severa libertà, attraverso ardua, intelligente fatica, perfeziona, abbatte, ricostruisce, crea, ne allarga progressivamente e necessariamente gli orizzonti, e fa sì che lo sguardo sempre più si approfondi in essi, illuminandoli colla splendida luce delle nuove verità acquistate definitivamente alla scienza, osservando, analizzando, provando e riprovando.

Prof. dott. GUGLIELMO BILANCIONI (Pisa). — L'O. si sofferma particolarmente su MICHELE ROSA, maestro di M. BUFALINI e prendendo le mosse dall'analisi di numeroso carteggio inedito conservato nella Biblioteca Gambalunga di Rimini, esamina la figura del ROSA che fu il primo Maestro del BUFALINI e degli insegnamenti del quale rimangono traccie visibili ed eloquenti nella *forma mentis* del grande Cesenate.

Richiama quanto il BUFALINI ha scritto del Maestro e tratta della sua opera didattica e sperimentale.

Dott. MASSIMO CHIADINI (Forlì). — L'O. ricorda il periodo più burrascoso della vita del BUFALINI. Signorilmente caustico ed ironico il B. non trascende mai alle volgarità verbali dei suoi avversari, i quali, forti del potere, diremo così, accademico, sono intolleranti di ogni onesta critica. Nelle *Cicalate* e nel *Breve avviso di M. B. intorno alle proprie opere ed ultime parole rispetto alle attuali mediche controversie d'Italia*, il grande Cesenate serenamente combatte e vince le asserzioni, le accuse, le proposizioni, e le argomentazioni degli avversari. Con BUFALINI trionfa quel metodo clinico sperimentale che è ora di tutti i paesi.

Prof. dott. DOMENICO BARDUZZI (Siena). — Ha conosciuto personalmente il B. Accenna ai grandissimi pregi della riforma che costituisce la base razionale integratrice, della medicina positiva, fondata sui principii sperimentali e sui fatti realmente acquisiti alla scienza, perchè il B. proclamò la necessità dell'esperimento a complemento della sua dottrina onde poter compiere l'analisi del fatto medico.

Primo fra tutti il B. potè vedere la possibilità di una medicina scientifica e inaugurare la più grande rivoluzione che nella medicina si fosse mai compiuta e per la quale fu possibile svelare in tutto o in parte i processi nosogenici, semiogenici e terapeutici pervenendo al maggior positivismo possibile. Il B. mise spesso in guardia i medici italiani dell'eccessivo entusiasmo con cui spesso si accoglie quello che viene dall'estero. Egli non fu certo oppositore, come fu incolpato anche da alcuni discepoli, di un razionale sperimentalismo integratore. Se Egli non potè metterlo ad effetto come avrebbe desiderato e consigliato, e non lascia nel campo dell'osservazione e dell'esperimento quelle traccie luminose che l'avevano reso celebre nel campo della induzione, ciò nulla toglie alla sua gloria che, col passar del tempo, ci appare sempre più grande e più vera.

Prof. E. MONDOLFO, Presidente. — Annunzia che AUGUSTO MURRI, in occasione del cinquantenario della morte di M. B., ha pubblicato una pregevole memoria gentilmente inviata alla segreteria del Congresso per la distribuzione tra i congressisti. Certo di rendersi interprete dei sentimenti di tutti, ringrazia a nome del Congresso il venerato Maestro.

(Seconda seduta).

Prof. dott. ANTONIO GNUDI (Bologna). — L'O. accennato alla gloriosa opera riformatrice e rinnovatrice di M. B., ne rievoca alcune pagine immortali e palpitanti di attualità; propone al Congresso di ripubblicarle e di distribuirle agli studenti delle Università.

Prof. dott. GIUSEPPE CARDI (Rimini). — L'O. esamina il pensiero medico-filosofico di M. B. e

si sofferma particolarmente sul metodo Bufaliniano, illustrando minutamente l'opera *sui criteri direttivi e sull'organizzazione degli studi scientifici in genere e dei medici in ispecie.*

Dott. EMILIO BUFALINI (Firenze). — L'O. dà lettura di un importantissimo epistolario, inedito tra BUFALINI e MURRI (1873-1874). Il giovanissimo MURRI chiede consiglio sulla via e sul metodo da seguire nei suoi studi e a questo giovane che con profonda fede e commovente passione gli si rivolgeva, il BUFALINI, meravigliosamente intuendone le eminenti e rare doti di mente, scrive una lunga lettera in cui riassume gli elementi che Egli reputa fondamentali del vero metodo scientifico. Lettera questa, che scritta circa un anno prima della sua morte, racchiude e sintetizza in sentenze lapidarie le nuove basi sulle quali devono poggiare e sorgere le moderne scienze mediche. Può considerarsi giustamente il testamento scientifico del BUFALINI racchiudendo, per usare le sue stesse parole, « le ultime conclusioni scaturite non già da meditazioni della mente, ma sibbene dalla attenta considerazione dei fatti » che si sono presentati al suo pensiero nel corso della sua lunga vita.

Dott. FELICE PULLÈ (Riccione). — Tratteggia il grande Cesenate dal lato morale e politico. Il B. fu un sentimentale, fu un buon patriota e se la scienza lo mantenne in un superiore orizzonte umanitario, Egli volle essere e fu italiano. L'O. accenna all'accanimento con cui il governo austriaco osteggiò il B.; se la persecuzione dell'Austria contro il grande Clinico non raggiunse l'imprigionamento o peggio, lo si deve solo all'essere stato il BUFALINI uno scienziato di fama immensa presso l'intera Europa. Parteggiò pei moti del Risorgimento dal 1831 al '70. Terenzio Mamiani prima di partire per l'esilio nel '31 spedisce un segreto e fido corriere al BUFALINI e a Lui raccomanda l'Italia nella tema di non più rivederla. Gino Capponi, Massimo D'Azeglio, Carlo Farini, Bottazzi, Coppino, ed altri grandi uomini che erano a capo dei destini d'Italia vollero il BUFALINI quale amico e consigliere.

Lo stesso Papa Chiaramonti, Cesenate, fu grande estimatore del BUFALINI e s'oppose alle richieste dei preti modenesi che ne volevano poste all'indice le opere.

L'O. termina con un paragone tra BUFALINI e MUSSOLINI che, entrambi figli della terra di Romagna, sono ambedue sorti al momento opportuno per liberare l'uno la Scienza dagli errori del vitalismo e dell'umorismo; l'altro la Patria dal triste bolscevismo.

Prof. dott. ANTONIO CASALINI (Cesena). — Il B. non fu solo sommo medico e filosofo: Egli fu anche grande letterato e latinista insigne. L'O. illustra particolarmente alcune opere latine del BUFALINI.

Dott. EGISTO CAPECCHI (Cesenatico). — L'O., presentata e illustrata una rara sindrome di edema di Quincke, mette in rilievo l'opera del sommo medico di Cesena anche in rapporto alla conoscenza di questa forma morbosa che se dal 1882, egli dice, porta è vero il battesimo di uno straniero, il genio di BUFALINI 70 anni prima, in mezzo al confusionismo e all'oscurità che dominavano allora la medicina, ne intravide in modo meraviglioso l'essenza e la natura avvicinandosi in opposizione alle teorie stimolistiche e controstimolistiche di quei tempi, alle tradizioni della costituzione umorale, sulla quale trovano oggi un valido appoggio l'eziologia e la patogenesi del morbo di Quincke.

Rivendicata la conoscenza che il BUFALINI aveva, prima dell'autore tedesco, delle affezioni cutanee che oggi si riconducono al tipo morboso individualizzato dal QUINCKE, egli accenna all'orticaria, prima manifestazione cutanea apparsa nel malato, ben conosciuta anche questa dal BUFALINI e nella interpretazione Bufaliniana della patogenesi di questa e di altre malattie esantematiche egli trova abbozzato fin d'allora tutto il concetto moderno dell'anafilassi.

Conclude facendo una sintetica rivendicazione storica della scienza della costituzione umorale creata dal BUFALINI e risorta in Italia negli ultimi decenni del secolo scorso per opera del DE GIOVANNI ed oggi condotta a vita rigogliosa ed intensa dalla scuola del VIOLA, il degno successore della Cattedra del MURRI.

Dott. GIUSEPPE ARTUSI (Cesena). — L'O. illustra brevemente la vita e l'opera del BUFALINI.

VIRGINIA BENEDETTI (Cesena). — L'O. illustra il BUFALINI dal lato filosofico e pedagogico. Nell'arringo filosofico Egli è positivista e spiritualista insieme. È caldo fautore del metodo sperimentale che vuole applicato a tutte le scienze, perchè tutte le scienze sono formate di verità che scaturiscono non dalle costruzioni « a priori » della ragione, ma dalla realtà scrupolosamente osservata e minutamente studiata. Con ciò il BUFALINI non esclude però l'esistenza di principii universali e indimostrabili, ai quali però dà una importanza « assai limitata ».

Il BUFALINI va inoltre annoverato tra la gloriosa schiera dei pedagogisti del secolo XIX, non solo per il suo metodo scientifico e generale fatto di analisi e di sintesi, di attività di pensiero e di sentimento, ma anche perchè Egli tratta direttamente di questioni pedagogiche ne' diversi « Discorsi ».

Lavori originali, manoscritti, ecc. pubblicati in occasione delle Onoranze cinquantenarie o pervenuti alla Segreteria del Congresso:

AUGUSTO MURRI. *Maurizio Bufalini nel Cinquantenario della sua morte.* — Bologna, 1925. L. 5.

ANTONIO GNUDI. *La Clinica medica a Bologna.* — Stab. Poligraf. Riuniti, Bologna, 1924.

GIOVANNI GARIN. *Maurizio Bufalini.* — Stab. Tip. S. Bernardino, Siena, 1924.

FELICE PULLÈ. *Biografia ed autografi di M. Bufalini.* — Tip. Adriatica Riccione, 1925.

MAMI AGOSTINO. *Rara fotografia di M. Bufalini con firma autografa* (1863) *inviata dal Bufalini all'amico Cav. Pietro Mami.*

FELICE PULLÈ. *Fot. di una ricetta di M. B.* — (Fot. Orlandini, Modena).

GIACOMO BUFALINI. *Ulteriore contributo clinico alla sutura del cuore.* (Comunicazione). — Stab. Sanguinetti, Carrara.

CESARE FRUGONI. *La tradizione Bufaliniana nello studio medico Fiorentino.* — (Rif. Med., n. 8, 1925).

EMILIO BUFALINI. *M. B. ed A. Murri in un epistolario inedito* (1873-74).

G. ANGELI. *Il B. discepolo del Rosa.* — Tip. Sigonio, Bologna, 1876.

VIRGINIA BENEDETTI. *M. B. e il problema dell'educazione.*

G. BILANCIONI. *Michele Rosa Maestro di M. B.*

Il Segretario: Dott. GIUSEPPE ARTUSI.

XVII Congresso dell'Associazione Nazionale di idrologia, climatologia e terapia fisica.

È stato tenuto a Salsomaggiore dal 16 al 24 maggio ed inaugurato con un vibrante discorso del sen. Quartieri, che mise in rilievo il grande appoggio scientifico che i medici possono dare all'incremento delle stazioni termali. La memoria del modesto medico condotto, Lorenzo Berzieri, che scoprì nel 1839 le virtù terapeutiche delle acque di Salsomaggiore, fu rievocata dal R. Commissario per Salsomaggiore. Seguirono il prof. Devoto in qualità di presidente dell'Associazione, il gr. uff. Rebucci ed il prof. Cattaneo che trattò dell'origine dei bagni e parlò dell'opera dei medici, lumeggiandone la vita tutta contesta di oscuri eroismi.

I lavori del Congresso furono dedicati ad argomenti d'indole pratica. Sulla *fangoterapia* parlarono il prof. PINALI, trattando della distribuzione e delle caratteristiche dei fanghi medicinali e passando in rivista tutte le stazioni europee che dànno cure di fanghi, mentre il prof. DEVOTO ed il prof. VINAI si occuparono delle applicazioni della fangoterapia. I proff. GARDENGHI e GASPERINI svolsero la loro relazione sui « Provvedimenti igienici specialmente necessarii alle stazioni di cura », mettendo in rilievo la necessità che ogni stazione di cura, oltre a quanto si riferisce ai procedimenti curativi ed assistenziali, oltre al *comfort* che i malati devono trovarvi, provveda all'acqua potabile, alle fognature ed al piano regolatore, elemento precipuo perchè il paesaggio, non deturpato, fornisca un ambiente di soggiorno propizio ed ambito. A tale scopo le amministrazioni delle stazioni termali ed idrologiche non debbono trascurare l'opera del tecnico, l'ufficiale sanitario, e lo assecondino invece in tutti i provvedimenti che egli suggerisce nei riguardi della profilassi.

Si svolsero poi le onoranze a Lorenzo Berzieri, di cui i resti mortali vennero trasportati da Lucca (dove il Berzieri morì povero gestendo un botteghino del lotto) a Salsomaggiore. I congressisti si recarono poi in pellegrinaggio a Pellegrina, patria del Berzieri e visitarono la Casa di Cura di Ramiola, il primo Istituto italiano esclusivamente specializzato per lo studio e la cura delle malattie del ricambio.

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso internazionale di sessuologia.

Avrà luogo a Berlino dall'11 al 15 ottobre, organizzato dalla Società Internazionale di Sessuologia. Saranno discussi i rapporti fra la vita sessuale e l'igiene, la vita economica e la società. Si svolgeranno numerose conferenze sulla eugenica, sulla psicanalisi e sulla criminalità della donna in rapporto con la vita sessuale.

Del Comitato organizzatore per l'Italia, fanno parte i proff. Baglioni e Mieli di Roma, Achile di Torino e Ceni di Cagliari.

Per ulteriori notizie ed informazioni, rivolgersi al dott. Moll, oppure al dott. Stutzin; Kurfurstendam, Berlin W.

Scuola di perfezionamento per Specialisti in Radiologia medica presso l'Università di Bologna.

Si è iniziato il 22 maggio ed ha la durata di due anni. Possono essere esentati da un anno di corso i candidati che dimostreranno di avere sufficiente preparazione. I corsi teorici sono integrati da lezioni ed esercitazioni pratiche e da conferenze su importanti argomenti di radiologia e di materie affini.

È obbligatorio un internato di non meno di quattro mesi.

Tasse: L. 1250 per il I anno; L. 1325 per il II. Per gli esentati dal primo anno, L. 1625. Contributo di laboratorio L. 500 ogni anno.

Munifica offerta agli orfani dei medici morti in guerra.

Il dott. S. A. Marino, direttore del Servizio di chirurgia e ginecologia dell'Ospedale Italiano di Buenos Aires, ha inviato per nostro mezzo la somma di L. 1000 per l'assistenza degli orfani dei medici morti in guerra.

Il presidente dell'Opera di Assistenza, gen. med. F. Della Valle, nel ringraziare per la munifica offerta, osserva che la voce dei 45 bimbi senza il padre, pur attraversando l'oceano, è giunta suggestiva al cuore dell'egregio collega, ed aggiunge: « Possa il suo nobile esempio essere di mònito a quanti nel tumulto della vita professionale non ancora hanno sentito il dovere di contribuire ad un'opera di solidarietà umana e civile, che onora tutta la classe medica italiana ».

Il numero dei pazzi di Parigi.

Raggiunge attualmente i 7600 ed i letti disponibili sono insufficienti, tanto che ultimamente 100 uomini ed 80 donne dovettero essere inviati ai ricoveri di provincia.

Il primo ospedale neuro-psichiatrico italiano.

È stato istituito ad Arezzo, anzitutto cambiando nome all'attuale Manicomio ed istituendo un padiglione per gli individui affetti da lesioni del sistema nervoso senza compromissione delle facoltà mentali. In questo padiglione troveranno gli adatti mezzi diagnostici e curativi tutti quei malati nervosi che, finora, erano costretti a chie-

dere ricovero in Cliniche ed Ospedali fuori della Provincia, con dispendio e disagio.

Il passo fatto dalla Deputazione provinciale are tina rappresenta un passo decisivo sulla via della trasformazione dei Manicomî in Istituti a carattere, non già di semplice custodia, ma essenzialmente ospedaliero. Si spezza così anche l'artificiosa barriera fra mentali e nervosi, riunendo tutti i malati del sistema nervoso, in modo da elevare la condizione dei mentali e da facilitare il loro trattamento.

Una scuola ortofrenica a Firenze.

È stata istituita una Scuola Magistrale Ortofrenica presso l'Istituto Umberto I per fanciulli tardivi. È la seconda del genere in Italia, dopo quella di Roma diretta dal prof. Montesano.

La scuola tiene dei corsi annuali ed alla fine l'alunno potrà, previo esame, conseguire un diploma di licenza.

Un Sanatorio galleggiante.

Circola da qualche tempo nella baia di New York una nave-ospedale, arredata in modo da rispondere a tutte le esigenze di un Sanatorio antitubercolare, istituito per procurare una cura di aria marina, di luce e di sole a fanciulli che per la loro gracilità palesano qualche predisposizione alla tubercolosi, nonchè ad adolescenti tubercolotici della città di New York delle classi meno agiate.

Le madri, i fratelli e le sorelle dei malati in età inferiore a sei anni hanno facoltà di recarsi a bordo fin dalle prime ore del mattino e di trattenervisi fino a sera, per tener compagnia al loro piccolo ammalato, e per trarre giovamento essi pure della cura di aria marina. A bordo fruiscono di pasti gratuiti, ed assistono a lezioni d'igiene e di puericoltura, appositamente organizzate per loro. (Dall'« *Avven. San.* ».

Donazioni e legati.

Il prof. Mannino — di cui recentemente si è deplorata la perdita — ha legato alla R. Accademia delle Scienze Mediche di Palermo L. 50 mila perchè cogli interessi si istituisca un premio triennale da conferirsi al miglior lavoro di dermosifilografia.

Falsi medici.

Due fatti congeneri si sono svolti recentemente a Milano ed a Berlino.

Nella metropoli lombarda un signore si recava nelle case di povera gente e visitava le donne, specialmente giovani, dicendosi inviato dalla Congregazione di Carità per l'assegnazione di sussidi. Non è stato identificato, ma la Congregazione di Carità ha diramato un comunicato per mettere in guardia il pubblico.

A Berlino un certo Fritz Weinardt, maestro di lingue, riusciva a visitare parecchie signore nel quartiere sud, dicendosi medico distrettuale incaricato dall'autorità sanitaria. Mentre visitava una signora ne sopraggiunse il marito, che lo denunziò: venne arrestato e condannato a 10 mesi di prigione.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Scalpel, 5 dic. — VAN BOECKEL. Gli stati allergici in generale e la febbre da fieno in particolare.

Prensa Méd. Argent., 10 nov. — P. M. BARBARO. L'alcool come energetico.

Ann. di Ost. e Gin., 30 nov. — C. VERCESI. Recenti metodi di allargamento del bacino.

Brit. Med. Journ., 12 dic. — H. ROLLESTON. Il tumore splenico nell'infanzia.

Lancet, 12 dic. — H. ROLLESTON. Il linfoadenoma (linfogranuloma di Hodgkin).

Boston M. a. S. Journ., 3 dic. — Numero sul fegato.

Journal Trop. Med. a. Hyg., 1 dic. — H. A. BAYLISS e P. E. B. SAMBON. Il Gongylonema nell'Italia del Nord.

Münch. Med. Woch., 11 dic. — W. STOELTZNER, W. J. POPOW. Per rammorbidire il tessuto cicatriziale. — H. STEICHELE. Fibradenomatosi.

Deut. Med. Woch., 11 dic. — P. FLEISCHMANN. L'ipertens. art. — R. STAHL. Azione dei rubefacenti.

Med. Klinik, 11 dic. — H. STRAUSS. Sifilide gastrica e linite plastica pseudo cancerose. — DREESMANN. Metastasi di gozzo. — B. KRAUS e J. TAKAKI. L'encefalite post-vaccinale.

Annali d'Ig., nov. — E. DI MATTEI. Tripanosomiasi e peste nei murini. — G. VERCELLANA. Animali in avitaminosi. — P. C. BARDELLI. Linfangite criptococcica. — A. VINAJ. La ginnastica pedagogica profilattica e medica.

Wien. Klin. Woch., 10 dic. — K. NATHER. Le nuove ricerche sul cancro.

Paris Méd., 5 dic. — Numero sulla terapia.

Bull. Ac. Méd., 1 dic. — P. DELBET. Il met. Finikoff nelle tubercolosi chirurgiche. — L. IMBERT. Omo-innesti ossei. — E. MARCHOUX. Pluralità dei bacilli della lebbra.

New York St. Journ. Med., 1 dic. — L. F. BARKER. Fattori psichici nella diagnosi medica. — W. W. CARTER. Correzioni di deformità nasali.

Journal A. M. A., 28 nov. — J. V. KLAUDER. Le neurosi cutanee. — L. A. ERNGE. Trattam. chir. delle varici della pelvi femmin. — G. F. e G. H. DICK. Trattam. della scarlatt. con antitossina concentrata. — H. A. CHRISTIAN. Classificaz. delle nefriti croniche. — L. H. NEWBURG e al. La dieta nell'eziologia delle nefriti.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 dic. — P. CHATIN. Profilassi della broncopolm. nelle maternità e nelle *pouponnières*.

Soc. d. Hôp., 27 nov. — P. VALLERY-RADOT e P. BLAMONTIER. Sindrome di vaso-dilataz. emicefalica (emicrania, emi-idrorrea nasale, emi-lacrimazione). — M. LABBÉ e al. La lambliasi vescicolare. — C. MAININI. Asma e malaria.

Riv. di Cl. Med., 30 ag. — G. CORONEDI. Avvelenamento stricninico.

Giorn. Cl. Med., 10 dic. — A. BARLOCCO. Clinica medica e scienze biologiche.

Pensiero Med., 10 dic. — C. SECCO. La reaz. di Botelho.

Riv. di Cl. Med., 30 dicembre. — M. TINTI. La questione della setticemia umana da b. di Bang.

Riforma Med., 7 dic. — D. GIORDANO. Carcinoma in colecisti calcolose. — C. MOIDERNA. Herpes zoster e varicella.

Studios Clinicos, dic. — F. HARO y GARCÌA. È lecito l'aborto? — R. HOMO ALCORTA. Le peritoniti gonococciche infantili.

Paris Méd., 28 nov. — P.-L. VIOLLE. L'eliminazione dell'acqua negli obesi: valore diagnostico. — 5 dic. Numero sulla terapia.

Spitalul, dic. — G. MARINESCO. Malattia di Tay-Sachs (forma ipercinetica dell'idiozia tardiva a tipo Bielchowsky).

Journ. Méd. Franç., nov. — Numero sulle cure mediche in chirurgia.

Minerva Med., 20 dic. — A. BUSINCO e P. FOLTZ. Infezione malarica e cirrosi epatica.

Rev. españ. de Med. y Cir., dic. — J. SUNOL TORRA. Direttive fisiologiche della ginnastica respiratoria.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 13 dic. — F. PEOLA. Funzione emuntoria dell'intest. crasso.

Lancet, 19 dic. — Y. HENDERSON. L'efficienza del cuore e sua misura. — A. G. GIBSON. Necrosi ischemica del cuore.

Brit. Med. Journ., 19 dic. — J. W. BRIDE. La emorragia in ostetr. e ginec.

Pathologica, 15 nov. — V. CESARIS DEMEL. Morte da lesione infiammatoria acuta del fascio atrio-ventricol. — C. PATANÈ. Flagellosi intestinale da Bodo caudatus in Cirenaica.

Zbl. f. Chir., 19 dic. — W. KAUSCH. Luxatio testis penalis. — P. ESAU. Calcificaz. della pleura.

Pediatr., 15 dic. — I. NASSO. Immunizzaz. antidifter. con anatossina di Ramon.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 19 dic. — J. SANCHÌS BANÙS. Le psicosi sifilitiche.

Gaz. d. Hôp., 19 dic. — A. RAYNAUD. Le localizzazioni cerebrali.

Studium, 20 dic. — A. CARDARELLI. Iperspleno-megalia da malaria seguita da forma anomala di cirrosi epat.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 12 Luglio 1926 — Fasc. 28

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA
Reparto chirurgico: Primario prof. T. FERRETTI.

Contributo alla conoscenza delle varietà di frattura dell'epifisi prossimale della tibia

per il dott. BERNARDINO MASCI, aiuto e docente.

Il Rieffel ha diviso le fratture dell'estremità superiore della tibia (cioè le fratture situate al di sopra di un piano orizzontale che passa per l'estremo inferiore della tuberosità anteriore e che si accompagnano ad integrità del perone) in: 1) fratture complete e 2) fratture parziali.

Nelle prime l'epifisi tibiale superiore è completamente distaccata dalla diafisi: se si tratta di un individuo molto giovane la rima di frattura passa ordinariamente in corrispondenza della cartilagine di coniugazione e quindi, più che di una vera e propria frattura, si tratta di un distacco epifisario.

Le fratture parziali comprendono: 1) la frattura del condilo esterno, sotto forma di una frattura obliqua, associata qualche volta con discontinuità anche del perone; 2) la frattura obliqua del condilo interno, che, secondo le statistiche, è molto meno frequente della prima; 3) lo strappamento della tuberosità anteriore, un vero distacco epifisario, che si può avere in età giovanile per trazione violenta del muscolo quadricipite.

Lo strappamento del tubercolo del Gerdy da parte del tendine del m. tibiale anteriore; lo strappamento di un frammento osseo dalla superficie articolare della tibia nel punto d'inserzione del legamento crociato anteriore o posteriore; il distacco di piccoli frammenti ossei o cartilaginei da parte dei legamenti laterali, devono essere considerati più che come fratture parziali da strappamento, come varietà di distorsioni.

Alle suddette varietà di fratture parziali dell'estremità superiore della tibia noi possiamo aggiungerne un'altra, cioè la frattura obliqua del margine posteriore del capitello tibiale, di cui non pare esistano finora osservazioni cliniche

Anche il Dittel, riferendo i risultati della sue ricerche sul cadavere, quando all'articolazione del ginocchio s'imprimono delle posizioni anomale, non accenna affatto ad un tal genere di lesione. L'iperestensione violenta della gamba (fatta col sollevare e sostenere il calcagno del cadavere che giace orizzontalmente, mentre con le mani si preme violentemente contro la superficie anteriore del ginocchio) produce, secondo Dittel, tre specie di lesioni: 1) negli individui giovani può staccarsi l'epifisi della tibia, in modo che la linea di frattura si apre posteriormente, mentre anteriormente rimangono ancora dei mezzi di unione; 2) negli individui vecchi, le cui ossa sono più cedevoli, i condili del femore possono impiantarsi nella tibia; 3) se in ossa vecchie si spinge la iperestensione tanto che la gamba faccia con la coscia un angolo retto od acuto, allora il legamento crociato anteriore si stacca completamente dalla sua inserzione femorale, il posteriore dalla sua inserzione tibiale. Pur riconoscendo che i risultati di tali esperimenti sul cadavere, per precisare le lesioni anatomo-patologiche delle articolazioni indotte da movimenti anormali, debbano essere interpretate con molto senso critico, poichè in esse viene a mancare completamente la contrazione muscolare, sta di fatto che nè sperimentalmente nè clinicamente è stata mai notata la frattura isolata del margine posteriore della tibia.

Riferisco brevemente il caso clinico.

M. O., di anni 41, calzolaio, ricoverato nell'ospedale dal 3 al 30 novembre 1925.

La sera del 3 novembre, nello scendere dall' bicicletta, invece di poggiare bene al suolo la pianta del piede sinistro, gravò tutto il peso del corpo sul calcagno, mentre l'arto corrispondente subì un violento movimento di iperestensione. Avvertì subito un dolore vivissimo in corrispondenza della regione postero-interna del ginocchio, senza però percepire alcun scricchiolio, ed immediatamente si manifestò un'impotenza funzionale assoluta dell'arto, che fece cadere a terra il paziente.

Nei precedenti anamnestici dell'infermo vi è di importante solo che nel 1914 si contagiò di lues, di cui pare si sia sempre sufficientemente curato.

All'esame obiettivo si riscontra che l'arto inferiore sinistro viene tenuto semiflesso in corrispondenza del ginocchio e ruotato verso l'esterno. Il ginocchio è tumefatto, rotondeggiante, per cui sono scomparse le normali depressioni delle parti molli perirotulee. La cute è integra e non presenta alterazioni di colorito: è calda al termotatto. Con la palpazione si riconosce la presenza di un versamento endoarticare: vi è senso di fluttuazione e ballottamento della rotula. Non si riscontrano punti ossei dolenti sulla regione anteriore e su quelle laterali: invece esiste dolorabilità intensa e localizzata in corrispondenza del cavo popliteo, e più precisamente sulla porzione postero-interna del capitello tibiale. Assenza di sporgenze anormali e di deformità locali; assenza di crepitio osseo e di movimenti abnormi. I movimenti attivi sono quasi completamente aboliti, i passivi sono notevolmente ridotti di ampiezza sia nella flessione che nell'estensione per contrattura riflessa dei muscoli vicini indotta dal dolore

Il resto dell'esame obiettivo è completamente negativo. Non esistono tracce della sofferta infezione luetica: le linfoghiandole non si presentano ingrossate; nulla a carico del cuore e dell'aorta; nulla a carico del sistema nervoso (Argyll-Robertson, Westphall, Abadie, Romberg, Babinski, atassia, dolori folgoranti, disturbi urinari, disturbi della sensibilità, crisi dolorose, ecc., negativi).

Nei giorni seguenti attorno all'articolazione traumatizzata compare una diffusa ecchimosi, che progressivamente e lentamente si avanza, estendendosi fino a metà altezza della gamba; si assiste inoltre alla rapida atrofia del muscolo quadricipite.

La radiografia mette in evidenza una frattura obliqua dell'epifisi tibiale in corrispondenza della sezione posteriore.

Il decorso clinico è stato favorevolissimo, poichè, senza alcun trattamento speciale, all'infuori dell'immobilizzazione semplice del primo tempo, del massaggio dei muscoli e delle applicazioni calde locali, l'infermo in meno di un mese ha potuto riprendere l'uso quasi perfetto del suo arto per un ripristino *ad integrum* della funzionalità articolare del ginocchio.

Conoscendo il meccanismo con cui si era prodotta la lesione del ginocchio ed utilizzando i dati

clinici riscontrati e quelli d'indole negativa, noi potevamo sicuramente escludere: 1) la contusione, sia perchè era mancata una violenza esterna agente direttamente sull'articolazione, sia perchè i tessuti molli circostanti non presentavano alcuna traccia di lesione da agente contundente; 2) la lussazione, per l'assenza di sporgenze anormali e di deformità locali; 3) la rottura o la lussazione dei menischi, poichè tali lesioni sono possibili solo con un movimento forzato di rotazione della gamba o della coscia a ginocchio flesso; 4) la lacerazione dei legamenti laterali, sia perchè erano mancati movimenti abnormi di abduzione o di adduzione della gamba, sia per l'assenza di mobilità anormale in senso laterale a ginocchio esteso, sia per l'assenza di dolorabilità nei punti d'inserzione di detti legamenti sulle ossa; 5) lo strappamento dei legamenti crociati, sia per non riscontrata estensione superiore alla norma, sia per mancanza di abnorme mobilità laterale della gamba in avanti e in dietro; 6) la frattura dei condili femorali, della rotula, della tuberosità e dei condili della tibia, per l'assenza assoluta di punti dolenti alla pressione in corrispondenza di essi.

Due diagnosi rimanevano a contendersi il campo: la lacerazione dell'esile legamento posteriore e del tratto corrispondente della capsula articolare oppure la frattura da strappamento del capitello tibiale in corrispondenza del margine posteriore. Il vivo dolore provato dall'infermo, l'impotenza funzionale assoluta manifestatasi immediatamente, il precoce versamento ematico endoarticolare, la dolorabilità alla pressione sul capitello tibiale in corrispondenza del punto d'inserzione del legamento posteriore, erano tutti sintomi che potevano deporre tanto per l'una che per l'altra lesione. Infatti, il dolore è vivissimo, qualche volta sincopale, tanto nella frattura che nella distorsione: vero è che in questa si verifica spesso che il traumatizzato si rimetta dopo breve tempo a camminare coraggiosamente per qualche istante, per poi essere costretto, a causa della ricomparsa del dolore per il versamento ematico endo- e periarticolare, ad arrestarsi, ma se l'emorragia endoarticolare si produce rapidamente, ogni tentativo di deambulazione riesce impossibile. Il gonfiore, prodotto dal versamento sanguigno, è rapido a sopraggiungere in entrambe le specie di lesioni: certo è più precoce e più abbondante nelle fratture intrarticolari, data la ricca vascolarizzazione del tessuto epifisario. L'impotenza funzionale si riscontra egualmente tanto nelle fratture che nelle distorsioni: ma anche per essa si verifica spesso il fatto che è immediata ed assoluta nella frattura, ed invece può essere dap prima poco notevole ed in seguito assoluta per la distorsione. L'ecchimosi è un sintoma tanto di distorsione che di frattura: certo un'ecchimosi intensa, che progressivamente e lentamente si avanza, estendendosi a distanza, è quasi sicuramente indice di frattura (Malgaigne). Nelle distorsioni i punti ossei dolenti sono in corrispondenza delle zone d'inserzione dei legamenti, ma le fratture marginali delle ossa danno il dolore nello stesso punto. Per conseguenza, se dalla valutazione dei singoli sintomi, secondo il loro stretto significato, eravamo portati più verso il concetto di frattura, d'altra parte il fatto che spesso i sintomi si possono perfettamente sovrapporre nelle due affezioni, la conoscenza del meccanismo con cui la lesione si era prodotta e della debole resistenza del legamento posteriore, l'assenza nella letteratura di fratture isolate del margine posteriore del capitello tibiale, ci sembravano dei dati egualmente probativi per ammettere una semplice distorsione. Fedeli però al canone di chirurgia che la diagnosi di distorsione semplice si deve fare solo per esclusione, cioè non fidandosi dei dati positivi per una distorsione, ma ricercando accuratamente se si possa negare l'esistenza di una frattura, poichè nel nostro caso non sopperiva l'accurato e minuzioso esame clinico, abbiamo fatto praticare una radiografia, la quale, come sempre, ci ha dato la soluzione del dilemma diagnostico.

Circa il meccanismo di produzione della frattura, noi pensiamo che, nell'iperestensione violenta, mentre la gamba formava con la coscia un angolo aperto in avanti, dev'essere avvenuta una contrazione rapida, forte e sinergica di tutti i muscoli flessori della gamba (bicipite femorale, semitendinoso, semimembranoso), che ha impedito alla capsula di lacerarsi posteriormente, ma ha respinto i condili femorali dall'alto in basso e dall'avanti all'indietro così violentemente ed eccentricamente rispetto al mortaio tibiale da determinare la frattura di quella porzione della tibia su cui la pressione si è esercitata più forte. Noi crediamo altresì che questo meccanismo, cioè la forte pressione dei condili femorali sulla superficie articolare posteriore della tibia a gamba iperestesa, basti a spiegare il genere di frattura, senza invocare altri fattori, come, per esempio, una speciale fragilità delle ossa per un processo rarefacente dovuto ad osteite gommosa od a lesione del vaso (arterite obliterante) che irrora il territorio osseo in esame. La radiografia non rivela questo processo di decalcificazione nè d'altra parte esistono nell'infermo sintomi a carico del sistema nervoso (tabe), da far sospettare una fragilità speciale delle ossa.

Roma, gennaio 1926.

OSPEDALE ANGIOLONI DI S. PIERO IN BAGNO.

Una varietà di frattura complicata

del dott. PAOLO PARA, direttore.

Le vie della diagnostica sono così irte di difficoltà che lasciano anche a chi, ben fornito di dottrina e di esperienza, diligentemente esamina e scruta un organismo ammalato, delle ingrate sorprese e delle facili smentite. E tali infortuni della diagnostica si accresceranno a dismisura per quei medici, che con eccessiva fiducia in se stessi, superficialmente esaminano e leggermente emettono il loro verdetto. E non di rado accade, specialmente a chi vuol procedere con troppa sicurezza e dare ai presenti l'impressione di essere forniti di eccezionale occhio clinico (veramente eccezionale e dote dei grandi!) di emettere un giudizio diagnostico assoluto prima ancora di aver proceduto alla diligente disamina di tutti i segni che offrono gli ammalati. I quali segni non solo si rende necessario rilevarli, ma occorre spesso anche mettere in opera un buon raziocinio per poter sceverare il vero dall'apparente ed emettere un concetto diagnostico, che, non solo accontenti il profano, ma dia anche a noi la soddisfazione di avere coscientemente esaminato e di avere emesso un giudizio del quale il nostro sapere scientifico ce ne rende intimamente convinti.

Quello che affermo in via puramente generica, mi pare ovvio riferirlo al caso specifico delle lesioni di cui terrò parola.

La patologia chirurgica insegna a definire per fratture aperte od esposte quelle in cui il focolaio comunica, per una soluzione di continuo delle parti molli, coll'esterno; e distingue tali fratture in: *a*) *fratture aperte primitive*, le quali risultano generalmente dalla violenza esterna (ruota di vettura, proiettili) e nelle quali la ferita avvenne o da fuori in dentro, ovvero la perforazione si produsse da dentro in fuori, quando il traumatismo impresse al focolaio di frattura un movimento di cerniera, mercè il quale i frammenti puntuti perforano le parti molli e la pelle; ed in *b*) *fratture aperte secondarie*, le quali riconoscono per causa, movimenti disordinati del ferito in una crisi di delirio, nella fase dell'eccitazione della anestesia, o ancora, nel giorno seguente, la caduta di un'escara cutanea, ecc.

Interessandoci per il caso nostro speciale, prendo in considerazione le prime e cioè le fratture aperte primitive; precisamente quelle che risultano dalla violenza esterna e nelle quali la ferita avvenne da fuori in dentro.

A questo punto mi si consenta una domanda: Ogni qualvolta che una parte del nostro organismo e specialmente un arto, subisce un urto violento diretto dall'esterno e si ha frattura dell'osso, con ferita prodottasi da fuori in dentro, si deve sempre parlare di frattura aperta? Benchè tale distinzione non trovi posto nei comuni trattati di chirurgia, non mi pare una sottigliezza trascurabile, giacchè da queste distinzioni il medico, parecchie volte, può trarre indirizzo per curare una frattura con ferita delle parti molli, come se si trovasse di fronte ad una frattura chiusa e giustificare pienamente la condotta seguìta.

Alla domanda formulata io rispondo negativamente, giacchè l'osservazione di qualche caso del genere mi ha indotto in tale convinzione. Nè d'altra parte esula dalla logica il poter pensare che possano coesistere, ad esempio in un arto inferiore, una frattura ossea completa ed una ferita della pelle e di qualche tessuto sottostante, senza che per essa ferita la frattura comunichi coll'esterno. E che, traducendosi in atto tale evenienza, si potrà allora parlare di frattura complicata da ferita, ma non di frattura aperta od esposta.

È certo però che affinchè si possa verificare tale eventualità, si richiede che il trauma agisca in modo particolare. I casi che sono caduti sotto la mia osservazione, per quanto si riferiva al trauma, presentavano tutti la stessa modalità. Si trattava di infortunati motociclistici con lesioni consecutive a scontro in curva fra due macchine in corsa, motocicletta e automobile, in cui ogni volta il lesionato fu il motociclista, il quale, non riuscendo a schivare completamente l'automobile investitrice, batteva violentemente la regione tibiale anteriore contro il parafango della vettura, in modo da riportarne frattura completa delle due ossa della gamba, con ferita cutanea. Orbene allorquando questi infortunati vennero portati al mio ospedale, le lesioni che essi presentavano, benchè a prima vista pareva dovessero essere ascritte a fratture aperte, invece, per quanto l'esame praticato in essi fosse accurato e paziente, non riuscii a mettere in nessuna diretta comunicazione la frattura delle ossa colla ferita dei tegumenti superficiali; la quale ferita si arrestava alle pareti muscolari ed il trattamento usato indipendentemente fra l'una e l'altra lesione (riduzione della frattura e apparecchio permittente la sorveglianza e la medicatura della ferita) diede per risultato, ogni volta, che la ferita guarì per prima intenzione od in un tempo più breve della frattura; mentre la frattura rientrò nella classe delle fratture chiuse o sottocutanee.

La modalità quindi del trauma consiste nel fatto che anche la parte che riceve l'urto violento sia mossa velocemente nella direzione dalla quale riceve l'azione del corpo contundente, per cui

nel tempo istesso che l'agente esterno ferisce la pelle, imprime tale urto contro le parti ossee, che si spezzano. In tal modo venendo a mancare improvvisamente ogni resistenza fra pelle ed ossa, rimane fra esse uno strato di tessuti contusi ma non lacerati. La ferita della pelle poi è quasi sempre piccolissima. Data la violenza dell'urto, l'osso si frattura nel punto in cui è stato colpito (frattura diretta) ed in modo completo (frattura completa) secondo una linea trasversale lievemente dentellata con spostamento trasversale, secondo lo spessore dell'osso (Malgaigne).

Attenendoci poi sempre al fatto della ferita non v'è chi potrà asserire che essendo la causa determinante quella suddetta, la rottura della pelle possa essere data dai monconi dell'osso, giacchè essi, per l'urto che ricevono, vengono proiettati nella direzione contraria a quella in cui hanno ricevuto il trauma e ci si potrebbe attendere quindi che la perforazione, invece, avvenisse in quella direzione, per il movimento di cerniera impresso dal traumatismo al focolaio di frattura, obbligando i monconi puntuti a perforare le parti molli e perfino la pelle.

Nè abbiamo elementi da poter asserire che tale ferita deve arrivare necessariamente fino all'osso, poichè questo si potrebbe sostenere se il corpo traumatizzante fosse fornito di margine tagliente; ma trattandosi di un corpo a margine smusso, allorchè la resistenza delle ossa è vinta improvvisamente colla rottura, i tessuti interposti fra esse e la pelle saranno solamente contusi.

Noi ci troviamo quindi di fronte ad una varietà di lesione che non sta più fra le fratture sottocutanee, giacchè la pelle è rotta sul punto istesso della frattura e che d'altra parte non si può ascrivere alla categoria delle fratture aperte, giacchè il focolaio di frattura non comunica coll'esterno.

È ovvio quindi che questa varietà di frattura venga considerata a parte anche perchè non comporta il trattamento specifico di nessuna delle suddette lesioni (aperte o chiuse). La ferita cutanea è solamente una complicazione della frattura.

Per abuso di linguaggio da alcuni si continuano ancora a chiamare fratture complicate quelle che noi abbiamo definito per fratture esposte od aperte. La denominazione di complicate invece, secondo Jeandrau, si deve riservare a quelle fratture che si associano ad una lesione vascolare, nervosa, viscerale. In questa classificazione mi pare possano essere messe anche quelle fratture complicate da ferita cutanea che ho descritto. E modificando diremo che si chiamano complicate quelle fratture che si associano ad una lesione vascolare, nervosa, viscerale e cutanea (non comunicante col focolaio di frattura).

Per quanto riguarda il trattamento di frattura complicata io ritengo che ci si debba comportare come se fossimo di fronte ad una frattura chiusa in generale; quindi: 1) ridurre lo spostamento in modo da combaciare i frammenti fra loro; 2) mantenere la coattazione per tutto il tempo della formazione del callo, per evitare una consolidazione viziosa; 3) ridurre al minimo l'atrofia muscolare, le rigidità articolari e tendinee, i disturbi circolatori e trofici che risultano dall'immobilizzazione; 4) trattare la ferita della pelle come se fossimo di fronte ad una ferita qualsiasi. Quindi, dopo disinfezione della cute sana circostante con iodio, occludere la ferita con della garza sterile e, a seconda del metodo che si usa per la frattura, se questa si immobilizza con degli apparecchi gessati, si lascia una fenestratura ampia quanto è sufficiente per dominare la ferita; altrimenti si fascia e si medica asetticamente ad intervalli di 2-3 giorni.

Posta così la questione noi potremo ritenere per giustificata pienamente la condotta del medico che di fronte alla varietà di frattura complicata e non esposta da noi illustrata, userà il trattamento indicato.

Alla maggiore esperienza ed alla possibilità che altri hanno di esaminare un numero di casi del genere di molto maggiori, affido la disamina, la critica e l'eventuale affermazione del mio concetto; conscio che l'accettazione di tale tesi potrà evitare al medico un'erronea diagnosi ed un trattamento sproporzionato alle lesioni apparenti.

Luglio 1925.

NOTE E CONTRIBUTI.

SANATORIO GUARDAVAL IN DAVOS (SVIZZERA).
Direttore medico: Dott. G. MAURER.

Contributo al trattamento delle emottisi tubercolari

per il dott. GIUSTO LUZZATTO-FEGIZ, assistente.

L'emottisi rappresenta, nella evoluzione della tubercolosi polmonare, una complicazione della più alta importanza. Anzitutto essa segna spesso l'inizio dello stadio manifesto di una affezione fino allora latente; altre volte essa costituisce una evenienza che può modificare, più spesso sfavorevolmente, il decorso della malattia dalla quale ha avuto origine. In terzo luogo la comparsa di emorragie in tubercolosi guarite (cosidette emottisi cicatriziali), può compromettere seriamente il risultato di lunghe cure. Infine, anche quando l'incidente emottoico passa senza lasciare peggioramenti o complicazioni spiacevoli, esso può influire in maniera deleteria sulla psiche troppo spesso così labile, del tubercoloso. Queste ed altre ragioni spiegano la tenacia colla quale il problema è stato studiato dal punto di vista patogenetico, profilattico e terapeutico, e giustificano l'enorme massa di medicinali e di interventi terapeutici proposti per prevenire, curare ed arrestare al più presto l'emottisi. Ma che la continua preparazione di nuovi medicamenti per combattere una data manifestazione morbosa, sia la prova dell'insufficienza terapeutica degli stessi, è cosa che non ha bisogno di essere ricordata. Quindi già fin d'ora possiamo dire che un medicamento che riesca a prevenire sicuramente l'emottisi, come pure uno che sia in grado di arrestare subito ogni emorragia polmonare, non esiste. Ma da questa considerazione, altrettanto sconsolante quanto vera, voler trarre la conclusione dell'inefficacia di ogni rimedio, come pure dell'inutilità dell'intervento del medico in simili incidenti, sarebbe oltremodo errato. La tubercolosi polmonare è certamente una fra le malattie che più si possono influenzare nel loro decorso con cure adatte; e ciò vale anche per l'emottisi che ne è una delle più frequenti manifestazioni.

Oltre che dalla gravità più sopra ricordata, alla quale spesso assurge l'incidente emottoico, l'interesse del medico per simile complicazione, dovrebbe essere giustificato dalla frequenza della stessa. Se è forse esagerata l'affermazione di qualche autore, che l'emoftoe, salvo alcune forme abortive, chiuse e circoscritte, non manca mai nella tubercolosi polmonare (Piceni), pure bisogna riconoscere che essa è una complicazione molto frequente di questa affezione. Secondo la statistica di Sorgo troviamo infatti il 38 % dei tubercolosi con emottisi; secondo Strandgaard il 50 %; dei pazienti del nostro Sanatorio, il 44.9 % presentò ad epoche diverse, a casa o in Sanatorio, delle emoftoe: dalla semplice espettorazione sanguigna, all'emottisi propriamente detta, copiosa e grave.

Dal punto di vista terapeutico potrebbe sembrare importante il saper distinguere in pratica le emottisi così dette parenchimatose da quelle provenienti dall'erosione di un vaso. Ma praticamente ciò è quasi impossibile. L'emottisi parenchimatosa può essere così imponente da minacciare la vita dell'infermo (Sorgo), per cui dalla quantità di sangue emesso, non si può sempre dire se si tratta dell'erosione di un vaso o meno.

Le difficoltà di riconoscere in pratica il carattere dell'emottisi (parenchimatosa o vasale, arteriosa o venosa), fa sì che i diversi AA. consiglino, nel trattamento dell'emottisi, dei medicamenti ad azione addirittura antagonista. Perchè teoricamente, nelle emorragie parenchimatose agirebbero favorevolmente i vasocostrittori, nell'emorragia di un vaso più grande invece, i vasodilatatori. E così alcuni consigliano il trattamento con l'adrenalina, potente ipertensore e vasocostrittore, mentre altri ricorrono volentieri nelle emottisi, alla trinitrina od al nitrito d'amile, vasodilatatori di prim'ordine. Analogamente all'adrenalina, ma in misura ridotta e senza influenzare la pressione sanguigna, agiscono i preparati di segale cornuta, di Hydrastis canadensis, di Hamamelis virginica ecc. La relativa innocuità di tali preparati, e la fama che essi godono in ginecologia, fanno sì che essi siano adoperati su vasta scala nelle emottisi. Ma che essi favoriscano veramente l'arresto dell'emottisi, non è ancora dimostrato. Lo stesso si dica per l'estratto di lobo posteriore di ipofisi, proposto e caldeggiato da Rist nella cura dell'emoftoe.

L'enorme confusione che regna nel trattamento delle emottisi, con medicamenti vasocostrittori e vasodilatatori, trova forse la sua spiegazione (oltre che nella difficoltà summenzionata di riconoscere il carattere dell'emottisi), nel fatto che poco noi sappiamo sul meccanismo che regola la pressione sanguigna del circolo polmonare. E. Sergent osserva giustamente che l'ipotensione del grande circolo, facilmente misurabile coi comuni sfigmomanometri, non esclude affatto l'esistenza di una ipertensione della circolazione polmonare e viceversa. È per esempio ammissibile che, nonostante una ipotensione del grande circolo, dei fatti di infiltrazioni massive, di sclerosi, dei coltroni pleurici, rendano la circolazione polmonare difficile e siano causa di ipertensione in questo circolo. Ma la difficoltà di misurare in

pratica tale pressione, non ci permette di andare più in là delle semplici ipotesi e congetture.

Strettamente legato a concetti che ispirano il trattamento dell'emottisi con vasodilatatori, è l'impiego degli emetici, da antico tempo in uso per arrestare le emorragie polmonari. Mantenendo il paziente in uno stato nauseoso con piccole dosi di emetici (p. e. con ipecacuana), si otterrebbe una vasodilatazione e quindi una ipotensione nel piccolo circolo, favorevolmente all'arresto del gemizio sanguigno.

Ma ripetiamo, la mancanza di dati sicuri che permettano di orientarsi in ogni singolo caso sul genere dell'emottisi, (parenchimatosa, arteriosa o venosa), e sulla pressione del piccolo circolo, infirmano non poco le basi di una tale terapia.

Per tale ragione il medico pratico farà bene di non ricorrere a simili rimedi i quali del resto non sono tutti innocui. Sergent afferma ad es. di aver avuto coll'adrenalina dei risultati disastrosi; ed un'altra volta perdette un suo paziente forte iperteso, per una ripresa fulminante dell'emottisi, immediatamente dopo la somministrazione di 4 gocce di trinitrina (1).

Più adoperati e scevri di pericolo, (per quanto spesso di azione per lo meno dubbia) sono i coagulanti ed i cardiocinetici, dei quali parleremo più oltre. Senza dilungarci ulteriormente sui medicamenti che agirebbero direttamente sulla circolazione e sulla coagulabilità del sangue, possiamo dire che in complesso tutti gli sforzi del medico sono di solito ed unicamente diretti ad arrestare al più presto l'emottisi. Ma rappresenta questa veramente per se stessa, l'unico pericolo che minaccia il paziente, e sono giustificati certi metodi terapeutici, oggi tanto in uso, aventi come unico scopo l'arresto immediato dell'emottisi « ad ogni costo »? Infatti, accanto ai vasodilatatori ed ai vasocostrittori, accanto ai coagulanti ed ai cardiocinetici, vi sono dei medicamenti ad azione emostatica indiretta, i quali sogliono trovare larga applicazione fra i pratici. Vogliamo alludere alla morfina ed ai suoi derivati. L'azione di tali sostanze è molteplice: anzitutto esse agiscono diminuendo o soffocando completamente lo stimolo della tosse; in secondo luogo esse esplicano un'azione calmante su tutto il sistema nervoso del paziente e sul cuore; infine non è escluso che la morfina eserciti anche un'azione ipotensiva sulla circolazione polmonare. Teoricamente dunque l'impiego di tali preparati sarebbe pienamente giustificato. Ma l'esperienza dimostra che in pratica le cose vanno diversamente.

Che l'emorragia di un tessuto quale il polmone, ricchissimo di vasi, in continuo movimento, e teso per così dire nella cassa toracica, sia a priori e teoreticamente parlando un fatto gravissimo per le difficoltà anatomiche e funzionali di un arresto spontaneo dell'emottisi, è innegabile. Ma è in pratica il pericolo dell'emorragia polmonare per se stessa così grande e non è invece più grave quello, per solito imprevisto della broncopolmonite da aspirazione di sangue?

Cercheremo brevemente di chiarire questi punti per poi dare uno schema di trattamento pratico dell'emottisi, quale è in uso da parecchio tempo nel nostro Sanatorio.

In tutti gli stadî della tubercolosi polmonare possono comparire delle emottisi abbondanti, però è raro che nelle forme iniziali si abbiano delle emorragie così profuse da minacciare direttamente la vita dell'infermo (a meno che non si tratti naturalmente di forme essudative rapidamente progredienti). Negli stadî più avanzati, tale pericolo è indubbiamente più grande.

La morte in seguito ad emottisi può dipendere:

1) Da soffocazione. Questi casi sono per fortuna rari; ma di solito in essi ogni intervento è inutile: l'inondazione sanguigna dell'albero bronchiale, consecutiva di solito ad usurazione di un ramo dell'arteria polmonare di discreto calibro, non può essere arrestata o, comunque, influenzata terapeuticamente. In genere il paziente muore prima che il medico abbia potuto accorrere;

2) Da generalizzazione acuta del processo (accompagnata o no da edema polmonare) e dalla granulia;

3) Da embolia gassosa per penetrazione d'aria nel vaso beante.

In una statistica di 574 emottisi, raccolta da Tecon e Sillig, solo 14 pazienti vennero a morte per causa diretta dell'emottisi, nello spazio di alcuni giorni fino a 4 settimane (2,4 %).

I casi si suddividono così:

a) Soffocazione: 2 casi;

b) Generalizzazione ed edema polmonare: 12 casi.

---

(1) In un lavoro pubblicato in questi giorni, il dott. Cayrel spezza una lancia in favore del trattamento dell'emottisi col nitrito d'amile che egli dichiara il rimedio d'urgenza ideale per la sua sicura ed immediata efficacia e per la sua assoluta innocuità (eccezion fatta per gli ipertesi). Il nitrito d'amile produrrebbe nello spazio di 2 o 3 minuti una vasodilatazione ed ipotensione nel grande circolo, ed un'energica vasocostrizione ed ipertensione nel circolo polmonare. Per tale ragione il nitrito d'amile sarebbe indicato nelle emottisi congestizie (parenchimatose). L'A. riconosce che l'azione di tale medicamento è di durata brevissima e che quindi il suo impiego è più che altro riservato al malato stesso in attesa dell'arrivo del medico. Ma l'A. non dimostra che l'efficacia del rimedio sia superiore, ad es., alla legatura delle estremità inferiori, che produce gli stessi effetti, è altrettanto semplice e non ha alcuna controindicazione.

Come si vede il pericolo di morte per emottisi è ben lungi dall'essere grande. Tanto più poi, che dai 14 casi dovremmo togliere quelli nei quali il decesso fu dovuto a broncopolmonite da aspirazione, complicazione questa che il più delle volte con una terapia razionale, può essere evitata. In genere tutti gli AA. sono d'accordo nel considerare la morte per emottisi un'evenienza piuttosto rara nel corso della tubercolosi polmonare. Winsch su 200 emoftoe ebbe 2 morti per soffocazione, e Sorgo su 5800 ammalati di tubercolosi polmonare ebbe 14 decessi per emottisi, ciò che corrisponderebbe al 0,24 % dei tubercolosi ed al 2,16 % degli emottoici. Vediamo dunque confermato il principio della relativa rarità della morte per emottisi, e ripetiamo, di solito i casi a decorso fulminante sfuggono ad ogni intervento medico.

Restano tutte le altre emottisi iniziali o tardive, piccole o profuse, uniche o ripetute; è qui che l'opera del medico viene richiesta, è qui che con un trattamento razionale si può ottenere la cessazione dell'emottisi senza nello stesso tempo arrecare del danno all'organo sanguinante con rimedi incongrui.

Il sangue che proviene di solito dai focolai tubercolari in attività (salvo i casi di emottisi da rottura di ectasie venose in cicatrici massive da tubercolosi guarita), defluisce seguendo la forza di gravità verso i grossi bronchi; da qui una parte può raggiungere la biforcazione ed essere espulsa colla tosse; l'altra parte, sopratutto se il paziente fa delle inspirazioni profonde, viene aspirata nelle parti declivi del polmone. Quanto più è ostacolata l'espettorazione (narcotici, morfina!), tanto più facilmente si raccoglie il sangue in queste parti di polmone più o meno sane; ivi coagula producendo ben presto un'alterazione del parenchima che va col nome di broncopolmonite da aspirazione. Questi focolai sono talvolta aspecifici dato che il sangue emottoico suole contenere pochi bacilli di Koch, ma ben presto per innesto di materiale infetto, diventano specifici. Solo le emottisi cicatriziali producono quasi senza eccezione delle broncopolmoniti da aspirazione non specifiche. Altre volte la broncopolmonite può essere specifica d'emblée per il forte contenuto in bacilli del sangue aspirato. Si tratta allora per lo più di emottisi provenienti da focolai recenti, essudativo-distruttivi; meno pericolose in questo senso sono le emorragie provenienti da caverne più o meno antiche, con parete ben differenziata. In certe condizioni e non troppo di rado, se con una terapia razionale non si sia favorita l'espettorazione del sangue, questo viene ad essere aspirato nel polmone controlaterale. Le regioni predilette per una tale « aspirazione controlaterale », sono quella periilare e le parti inferiori del polmone. Qui si formano i nuovi focolai i quali per delle ragioni che più avanti illustreremo, rendono la prognosi ancora peggiore che i focolai prodottisi nel polmone omolaterale all'emoftoe. Il pericolo dell'aspirazione controlaterale è specialmente grande quando il polmone sano, per riduzione della superficie respirante del polmone affetto (pneumotorace, toracoplastica, vaste infiltrazioni), respira in maniera vicariante. Per le maggiori escursioni respiratorie, il sangue dai grossi bronchi può venir aspirato violentemente in questo polmone.

I sintomi della broncopolmonite da aspirazione non tardano a rendersi evidenti. L'ammalato ha febbre, è più o meno dispnoico e può presentare una cianosi abbastanza intensa; la febbre da principio può assumere il tipo di una continua con remissioni mattutine, in seguito si può osservare la tipica curva della febbre etica colle grandi differenze fra temperature mattutine e serotine.

Molto importanti sono i dati dell'ascoltazione. (La percussione va evitata nei primi giorni consecutivi all'emoftoe). Nella regione ove si sospetta il nuovo focolaio, si può sentire dapprincipio un notevolissimo affievolimento del murmure, tanto che riesce difficile di riconoscere il carattere del respiro che può essere aspro, vescico-bronchiale o nettamente bronchiale. Spesso un lieve sfregamento pleurico svela i nuovi focolai che sono in tal caso a sede sottopleurica. I rantoli che si sentono molto precocemente, hanno i comuni caratteri dell'infiltrazione bronco-alveolare. Molto dimostrativo è anche il reperto radiografico. Nella zona di aspirazione si nota un'ombra abbastanza densa, a contorni sfumati, costituita di solito da un ammasso di macchie opache, le quali procedendo verso la periferia, diminuiscono di numero e di intensità. L'aspetto radiologico dell'infiltrazione ricorda quello di una macchia centrale con piccole spruzzettature alla periferia (fig. 1). Tale quadro è così tipico, che basta in genere vederlo sulla radiografia, per riconoscerlo subito come un focolaio di aspirazione da emottisi. Non mi fermerò sulla prognosi della aspirazione; trattandosi di processo essudativo acuto, essa è di solito molto seria. Ciononostante, con una energica cura sanatoriale, possibilmente in alta montagna, si può ottenere spesso una riparazione quasi totale delle lesioni. In alcuni casi non molto frequenti, la risoluzione dei focolai è così rapida e così completa (anche radiologicamente) da giustificare l'interpretazione del processo come una broncopolmonite da aspirazione banale, da materiale non specifico.

Da quanto finora abbiamo esposto, risulta che è nostro dovere di evitare tutte quelle cause e di eliminare tutti quei fattori che favoriscono l'insor-

gere di questa grave complicazione dell'emottisi. Ed è a tali concetti che è ispirato il metodo di terapia dell'emottisi in uso da parecchio tempo nel nostro Sanatorio.

*
* *

Un trattamento schematico che valga per tutte le forme di emottisi, non esiste. Come la tubercolosi polmonare, così anche l'emottisi, che ne è una delle più importanti manifestazioni, varia da individuo ad individuo. Nell'emottisi lievissima che si arresta subito, noi certo non prescriveremo le medesime cure che sogliamo prescrivere nell'emottisi grave e profusa. Ma su due punti non facciamo eccezione in nessuna emorragia polmonare:

1) Il bando assoluto alla morfina ed ai suoi derivati, come pure ai preparati bromici. Non si abbia eccessivo timore della tosse; noi non sappiamo con certezza se e come la tosse favorisca il ripetersi dell'emottisi; tutti avranno visto dei pazienti nei quali nonostante una tosse fortissima e senza alcuna cura, l'emottisi si è prontamente e definitivamente arrestata. Quindi accontentiamoci di constatare che vi è nella patogenesi del fenomeno emottoico, qualche cosa che ci sfugge e che noi ignoriamo; ma non soffochiamo per dei preconcetti basati più sulla teoria che sulla pratica, uno stimolo (la tosse), che certo in moltissimi, se non nella maggioranza dei casi, è utile e salutare.

2) Per evitare il pericolo dell'aspirazione, è di somma importanza la suggestione del malato. Al paziente dobbiamo dire subito che non è nella quantità di sangue emesso che sta il pericolo, bensì nel sangue che non viene espettorato. Il malato in genere teme di dissanguarsi; lo si persuada subito dell'infondatezza di questo suo timore (eventualmente rendendolo edotto sulla quantità totale del sangue e sulla possibilità che ha l'organismo di riparare a perdite anche ingenti di sangue); e lo si inviti ad espettorare il sangue non appena questo si accumula nei bronchi. L'emottisi, con tali procedimenti, può durare un po' di più che con gli altri metodi di cura, ma ciò ha in fondo ben poca importanza di fronte alla grave complicazione che così si evita. In ogni caso le conoscenze che abbiamo sull'emopoiesi e sulla rigenerazione del sangue, ci permettono di non considerare l'emorragia come tale, con eccessivo pessimismo.

Fig. 1.

Come abbiamo detto, tali principii valgono per tutte le emottisi, piccole o grandi, singole o ripetute. Ma è nostro dovere oltre a ciò di ricorrere a tutte quelle misure terapeutiche generali, locali e medicamentose, che possono o dovrebbero facilitare la coagulazione del sangue e l'arresto dell'emottisi. Crediamo superfluo di soffermarci sulle regole generali di cura dell'emottoico: il riposo assoluto a letto, la dieta leggera e ricca di gelatina, i lassativi ed i clisteri evacuanti onde evitare gli sforzi nella defecazione, la borsa di ghiaccio sulla regione precordiale, la legatura delle estremità inferiori, ecc., sono delle misure troppo note per essere ripetute. Una grande importanza

ha però la posizione del malato: evitare assolutamente il decubito supino completo (aspirazione nelle parti dorsali del polmone, difficoltà dell'espettorazione). Il malato starà semiseduto, ciò che facilita di molto l'espettorazione del sangue. Se la affezione è unilaterale, o per lo meno si è certi che l'emottisi proviene dal polmone più gravemente colpito, si dovrà evitare assolutamente il decubito sul lato sano o meno affetto, e ciò perchè in tale posizione l'aspirazione di sangue nel polmone controlaterale è molto facilitata. Si comprende di leggieri l'importanza che può avere il polmone controlaterale relativamente sano in un caso di emottisi grave per un'eventuale collassoterapia: i segni di avvenuta aspirazione nel lato sano controindicano infatti in modo assoluto ogni tentativo di pneumotorace o di toracoplastica (1).

Per tale ragione è bene di spostare il letto in modo che il paziente abbia il tavolino da notte e quanto gli può occorrere, dal lato del polmone sanguinante. Perchè, involontariamente, il malato si volta e decombe dal lato ove si trovano il tavolino, la sputacchiera, il campanello, ecc.; ed in emottisi copiose bastano talvolta pochi minuti di tale posizione per provocare un'aspirazione da questa parte.

Brevi parole dedicheremo al trattamento medicamentoso dell'emottisi. Tra i cardiocinetici ed i tonici generali preferiamo l'olio canforato del quale facciamo sempre uso in ogni emoftoe; in casi di miocardio debole od insufficiente, ricorrere subito alla digitale. Tra i coagulanti consigliamo il cloruro di sodio in soluzione concentrata per via endovenosa (10 cm. cubici della soluzione al 10 per cento, 1 o 2 volte al giorno), d'azione pronta ma poco duratura; ed il cloruro di calcio per via endovenosa nelle stesse dosi e nella stessa soluzione, d'azione più lenta ma più duratura. Sarà bene di continuare la terapia calcica per alcuni giorni dopo cessato ogni sputo sanguigno. Inoltre si potranno iniettare 10-20 cm. cubici di coaguleno al giorno. In casi gravissimi si può iniettare anche il coaguleno per via endovenosa. L'azione è pronta; però abbiamo osservato manifestazioni spiacevoli, come cianosi, dispnea, breve arresto del respiro, ecc., per cui consigliamo di ricorrere alla via endovenosa solo nei casi gravissimi.

Ricordiamo però che da questi medicamenti che favorirebbero la coagulazione del sangue, non bisogna attendere dei risultati immediati e tanto meno costanti; la loro innocuità giustifica però il loro impiego in tutti i casi.

***

Concludendo, è necessario che il medico, nel trattamento di ogni emoftoe, sappia distinguere i pericoli reali che minacciano la vita del paziente, da quelli inesistenti. Ripetiamo ancora una volta che il pericolo veramente grande è la broncopolmonite da aspirazione; l'altro, quello della morte per soffocazione, per dissanguamento o per embolia, è in rapporto al primo, troppo raro per giustificare il trattamento coi narcotici. In ogni caso questo è per solito inevitabile, perchè le emottisi fulminanti sono per ora ribelli a qualsiasi terapia; mentre l'altro pericolo, non solo è evitabile, ma dal medico che cura il tubercoloso con criterii razionali e con prudenza, il più delle volte deve essere evitato.

Davos-Dorf, aprile 1926.

LAVORI CITATI.

(1) CAYREL M. *Tubercolosi*, vol. 18°, fasc. 2, 1926.
(2) PICENI E. In CARPI e RONZONI. *La Tbc. polmonare, ecc.*, cap. 8°, S. A. Ist. Ed. Scientifico, Milano, 1925.
(3) RIST. Rif. da SERGENT.
(4) STRANDGAARD. Zeitschr. f. Tbk., vol. 12, pag. 209.
(5) SORGO. In *Handbuch der Tbk.* di BRAUER, SCHRÖDER et BLUMENFELD. I. A. Barth, Lipsia, 1919 (con bibliografia).
(6) SERGENT E. *Études cliniques sur la tuberculose.* Maloine et Fils, Paris, 1920.
(7) TECON e SILLIG. Revue méd. de la Suisse romande, 1911.
(8) WINSCH. Citato da SORGO.

(1) Del pneumotorace emostatico non intendiamo occuparci qui; tale intervento ha oramai dei limiti e delle indicazioni così precise, da costituire un capitolo a sè nella terapia dell'emottisi. Ma crediamo che di tale intervento non si deve abusare, perchè porne l'indicazione è cosa tutt'altro che facile, sopratutto non disponendo di un impianto radiologico; e d'altra parte solo un pneumotorace totale o per lo meno elettivo, ci dà la garanzia dell'arresto dell'emottisi.

SUNTI E RASSEGNE.

CUORE E CIRCOLAZIONE.

L'ipertensione e la medicazione ipotensiva.

(KATZENELBOGEN. *Journ. de méd. de Paris*, **1926, n. 7**).

Lo studio dell'ipertensione comprende quello delle varietà cliniche seguenti:

1) *L'I. transitoria.* — Si osserva in individui che, già allo stato fisiologico, presentano delle fluttuazioni fisiologiche della tensione. Tale varietà può accompagnarsi a disturbi abbastanza seri che dominano la situazione, come p. es., in un malato di Mackenzie in cui gli attacchi di ipertensione andavano di pari passo con crisi anginoidi. La pressione sistolica, che normalmente era di 140-160 mm. di mercurio, si elevava durante le crisi a 240-260 ed anche a 300 per discendere alla norma quando le inalazioni di nitrito d'amile facevano scomparire i dolori. E' logico, dice l'A., attribuire questi attacchi ipertensivi all'eccitazione dei centri vasocostrittori provocata dal dolore.

L'ipertensione transitoria è anche un epifenomeno della grande crisi addominale di origine diversa (saturnina, tabetica, arteriosclerosa) e dovuta alla intensa vaso-costrizione del territorio dello splancnico. Anche in seguito a disturbi cerebrali si osservano I. transitorie dovute soprattutto a spasmi vascolari, nel saturnismo, nell'uremia, nell'eclampsia. L'I. transitoria si ha anche nel periodo iniziale della nefrite acuta ed anche in tal caso è determinata dall'angiospasmo.

2) *L'I. permanente con lesioni organiche* dell'apparato cardio-vascolare. Si osserva nelle nefriti croniche uremiche e nelle arteriosclerosi.

3) *L'I. permanente detta primitiva od essenziale.* — Ha dato luogo a numerose controversie, tanto che alcuni ne negano l'esistenza. Vi sono pertanto numerosi individui che hanno ipertensione forte e permanente e che all'autopsia non presentano traccia di sclerosi renale o vascolare; essi non avvertono nessun disturbo e soltanto per caso il medico vi scopre l'ipertensione. Tale varietà presenta i seguenti caratteri:

a) si osserva spesso in parecchi membri della stessa famiglia;

b) sopraggiunge ai 40-60 anni, pur non essendo un fenomeno di senescenza, tanto più che si ha talora in individui di 20 anni. Nella donna questo stato si inizia spesso al periodo del climaterio e nell'uomo accompagna la diminuzione o la scomparsa del senso sessuale;

c) le variazioni diurne sono notevoli, con differenze anche di 100 mm. di mercurio; spesso al mattino, in letto, la pressione è normale;

d) il solo riposo, anche senza agenti medicamentosi, può far discendere la pressione alla norma; lo stesso effetto possono avere le affezioni febbrili. Questi abbassamenti possono durare per 10-15 giorni;

e) i malati con ipertonia essenziale presentano spesso i sintomi della vagotonia: disturbi vasomotorii, irregolarità cardiache, rigurgiti acidi, traspirazione, nervosità, ecc.;

f) l'I. essenziale è caratterizzata inoltre da certi disturbi del metabolismo; abbassamento della tolleranza per gli idrati di carbonio, valori elevati della colesterina e dell'acido urico nel sangue e bassi del calcio;

g) questa varietà d'I. reagisce all'adrenalina (per iniezioni sottocute od *intra venam*) secondo il tipo del vago: elevazione primaria della pressione a cui succede un'elevazione secondaria che non oltrepassa la pressione del punto di partenza.

Per la prognosi non ci si deve basare unicamente sullo studio della pressione che non è che un sintoma, ma fondarsi soprattutto sulla clinica. Vi sono individui che sopportano bene pressioni anche elevate, mentre invece altri hanno come conseguenze: emorragie o rammollimenti cerebrali e specialmente insufficienza cardiaca con la quale finisce il più spesso l'ipertensione.

TRATTAMENTO. — Al primo posto della medicazione d'urgenza si trova il salasso che ha le sue indicazioni particolarmente nelle complicazioni dell'I. ed anzitutto nell'edema polmonare acuto. I salassi ripetuti possono dare buoni risultati anche nell'I. degli arteriosclerotici, mentre non sembrano raccomandabili nel trattamento corrente dell'I. essenziale. Il salasso è pure utile in diversi stati (eclampsia, crisi convulsive uremiche, accessi anginosi, crisi saturnine) quando si accompagnano a forti attacchi ipertensivi.

In luogo del salasso, si può applicare la flebostasi, mettendo dei lacci, mediocremente serrati alla radice dei quattro arti e trattenendo così una certa quantità di sangue nelle vene periferiche.

Comunque l'azione del salasso non è che passeggera in quanto che il sangue evacuato non tarda ad essere sostituito dal liquido proveniente dai tessuti, quindi la pressione non tarda a risalire.

Oltre alla medicazione d'urgenza, il trattamento dell'I. comprende delle regole igieniche e dietetiche che hanno la massima importanza. Si consiglierà di evitare ogni sovraffaticamento ed il soggiorno a grandi altezze. L'iperteso dovrà essere molto sobrio; la carne non gli sarà permessa che in piccola quantità; il règime sarà a preferenza ipoclorurato e latto-vegetariano. La stessa moderazione si dovrà avere per le bevande: 1 litro e mezzo nelle 24 ore, comprese le minestre ed il latte, costituirà un massimo.

Il trattamento medicamentoso comprende:

1) *La medicazione depletiva.* Può essere ottenuta, oltre che con il salasso, con i lassativi ed i diuretici. Fra i primi sono raccomandati i sali alcalini, solfato di sodio solo od unito con il bicarbonato di sodio. Come diuretici sono consigliabili la teobromina, la diuretina, alternate con la scilla.

2) *I vasodilatatori e gli antispasmodici.* Il vischio si darà sotto forma di estratto fluido a dosi di L-LXX gocce al giorno. Il nitrito di sodio in quantità di cg. 20-30 al giorno in forma di pozione e per un periodo di 10-15 giorni; il nitrito d'amile per inalazioni: I-II gocce la prima volta, III-IV in seguito. La nitroglicerina si dà come soluzione alcoolica a 1/100, in ragione di X-XV gocce al giorno, frazionata a II-III gocce la volta. La si dà anche in granuli dosati al decimo di milligrammo (3-6 dmmg.). Alcuni autori hanno usato il nitrito di sodio anche per iniezioni sottocutanee (cg. 2-4) od endovenose (mmg. 5-10) e, sembra, con buoni risultati.

Come antispasmodici ed antinervini sono da menzionare la belladonna, il giusquiamo, la valeriana, il benzoato di benzile.

3) *Le preparazioni iodate* (lo iodio non è un ipotensore, ma più che altro un linfagogo) che sono talora utili negli arteriosclerotici. La *tintura d'aglio*, di uso troppo recente perchè se ne possa parlare con cognizione di causa. Gli *arsenobenzoli* sono utili nelle ipertensioni di origine sifilitica. L'*opoterapia* ovarica rinforza l'azione dei medicamenti vasodilatatori nell'ipertensione della menopausa.

Fra i metodi ipotensivi introdotti ultimamente si deve citare la radioterapia delle capsule surrenali. Si porta l'irradiazione sopra una zona paravertebrale situata fra l'XI vertebra dorsale e la III lombare. Negli ipertesi non ateromatosi si nota un abbassamento di pressione; invece negli arteriosclerotici albuminurici il trattamento è inefficace. Non è però improbabile che i buoni risultati ottenuti siano da attribuirsi al fatto che si trattava di individui con ipertensione essenziale in cui si hanno spontanee variazioni della pressione, ed in cui il riposo ed il trattamento antispasmodico danno gli stessi effetti con un procedimento meno costoso e meno complicato che la radioterapia.

FILIPPINI.

Il trattamento igienico-dietetico dell'ipertensione arteriosa.

(A. MÜLLER-DEHAM. *Wiener klin. Woch.*, 1926, n. 6).

Sull'ipertonia essenziale come entità clinica sono stati sollevati dei dubbi in quanto che da taluno si vorrebbe ricondurla a disturbi renali; l'odierna tendenza però è di considerarla come una malattia a sè. Comunque, anche se la si ritiene una manifestazione secondaria, il trattamento diretto contro l'ipertonia essenziale vale almeno come trattamento sintomatico.

Causa dell'ipertonia è l'aumento del tono dei piccolissimi vasi che attualmente si riconosce di natura funzionale. E qui si presenta la prima questione se cioè il semplice aumento della pressione sanguigna senza sintomi e senza malattie di organi, quale si osserva nel quinto decennio della vita, debba essere oggetto di un trattamento. E questo tanto più in quanto che alcuni autori, anzi, ritengono che l'organismo a tale età abbia bisogno di un elevamento di pressione. Tutto sommato però appare vantaggioso l'abbassare il tono dei minimi vasi e di conseguenza la pressione sanguigna.

Quando, con la più semplice misura terapeutica, il riposo in letto, si riesce a portare un reale abbassamento della pressione ed a far cessare i disturbi, si agisce senza dubbio vantaggiosamente per il malato. Di fatto, a parte gli eventuali disturbi, non deve essere indifferente per il cuore il dover lottare contro l'elevata pressione e d'altro canto è sempre opportuno impedire le modificazioni anatomo-patologiche dovute alle conseguenze meccaniche che l'elevata pressione determina sulle pareti dei vasi.

L'abbassamento è poi tanto più necessario e desiderabile quando l'elevata pressione è accompagnata da disturbi, quali senso di pressione al capo, vertigini, nervosismo, facile stanchezza e sintomi da parte del cuore. Purtroppo le possibilità terapeutiche sono limitate e poco sicure; sotto tale punto di vista si possono distinguere due modalità dell'aumento di pressione, quello fissato e quello non fissato, includendo nella prima quelle forme in cui l'intervento terapeutico è efficace.

È noto dalla fisiologia che la pressione aumenta con l'affaticamento e diminuisce nel riposo e nel sonno. Il primo suggerimento terapeutico è quindi il riposo in tutte le forme. Al riposo in letto alcuni malati, specialmente nelle forme iniziali, reagiscono bene, altri no; nei primi si può, in casi eccezionali, arrivare anche ad un abbassamento di 100 mm. di mercurio. In questi, intercalando opportunamente giorni o periodi di riposo con altri in cui l'individuo può attendere ai suoi affari, si possono ottenere ottimi effetti. Il riposo in letto non è che il paradigma delle regole consigliabili che debbono estendersi a tutto il campo dell'attività non solo fisica ma anche psichica, nel senso di eliminare tutte le cause di eccitazione, economiche, familiari, personali, consigliando eventualmente il soggiorno in adatti luoghi di cura.

Un altro punto da considerare è l'alimentazione. Si deve, di fatto, tener presente che ogni introduzione di cibo, e specialmente i pasti abbondanti e ricchi in albumina, sono seguìti da aumento di pressione. Ne derivano quindi tre massime: 1) i pasti devono essere non abbondanti, non ricchi di albumina e seguìti da un periodo di riposo; 2) è raccomandabile di fare cinque piccoli pasti nella giornata e limitare quello del mezzogiorno e della sera, abbassando la quantità di albuminoidi e specialmente di carne; 3) il regime va però regolato secondo le esigenze individuali.

Importante è l'introduzione di periodi di dieta vegetariana, eventualmente di giornate completamente vegetariane. In ogni caso, specialmente se iniziale, si potrà tentare la dieta latto-vegetariana, ma non si dovrà insistere in essa in pazienti in cui la sottrazione di carne non ha dato l'abbassamento desiderato, perchè si corre il pericolo di denutrire l'individuo e di fargli perdere l'appetito. Analoghe osservazioni si devono fare per la quantità del cibo. Negli obesi una cura di dimagrimento può essere utile, nei magri il ridurli alla fame non dà nessun vantaggio.

Un altro problema che si presenta è la riduzione della quantità dei liquidi. L'A., con von Noorden, ritiene che sia conveniente una quantità giornaliera di litri 1-1 ½. È indubitato che, con tale riduzione, si ha frequentemente l'abbassamento della pressione e la diminuzione dei disturbi subbiettivi, mentre d'altra parte è pure certo che la continuata ingestione di grandi quantità di liquidi ha importanza nella eziologia dell'ipertonia, come lo dimostra il cuore dei bevitori di birra di Monaco e quello dei bevitori di mosto di Tubinga. Si vedono anche gli effetti del soggiorno nelle stazioni di cura, in cui gli ipertonici reagiscono male all'introduzione di molti liquidi; a maggior ragione ciò va detto per le bevande alcooliche in cui si ha anche l'azione sfavorevole dell'alcool.

La riduzione del sale è generalmente utile e consigliabile in casi di concomitante malattia renale. Come in questa, in tutte le cure di riduzione si deve studiare bene l'effetto in modo da ritornare alle condizioni di prima se si vede che l'effetto è nullo; ciò vale specialmente per la riduzione del sale.

Tutti questi metodi: cure di fame, dieta scarsa di albumina, cure di sete, dieta ipoclorurata (a meno di g. 1-2 al giorno di cloruro di sodio) sono state consigliate dai diversi autori e qualche volta sono seguite da successo. Bisogna però abbandonare ogni sterile schematismo, tanto più che spesso l'abbassamento di pressione è ottenuto al caro prezzo di disturbi del benessere generale.

Specialmente nei casi in cui non esistono disturbi, non sono consigliabili le diete estreme e continuate a lungo; si deve tener presente che la maggior parte dei buoni risultati che si sono pubblicati come attribuibili a questo od a quel metodo è passibile di critica perchè si riferisce a malati in cui altri elementi, specialmente il riposo in letto, hanno avuto azione favorevole. Nei casi adatti le diete estreme possono anche essere consigliabili, purchè continuate per poco tempo. È bene fare talora cure di fame, giorni di frutta, di dieta scarsa, di sete (in tali giorni si danno soltanto dei panini abbrustoliti), di riduzione dell'albumina, di dieta ipoclorurata.

Si deve badare a combattere la stitichezza che agisce anche di per sè, aumentando la pressione; utili riescono le cure di Marienbad, specialmente nei grassi col tipo della pletora addominale. È nota anche l'azione del rigonfiamento dello stomaco e dell'intestino che, spingendo in alto il diaframma può elevare la pressione. In tal caso, il massaggio, la dieta opportuna, le applicazioni calde e le cure medicamentose raggiungono lo scopo desiderato.

I risultati ottenuti col salasso sono vari: talora si ha un durevole abbassamento della pressione; altre volte esso è del tutto inefficace. Raramente si è rivolta l'attenzione al sistema nervoso come fattore di elevamento di pressione; qualche volta si è dimostrata benefica l'influenza della puntura lombare.

Molti sono altresì i metodi di terapia fisica usati che possono: 1) influenzare la cute mediante bagni tiepidi, o di ossigeno o di anidride carbonica; 2) avere scopo derivativo (bagni caldi senapati e simili). Essi agiscono in verità sul benessere generale, ma non se ne può sperare un risultato duraturo. Teoricamente fondato è il tentativo di ottenere, mediante un'iperemia cutanea, una ripartizione più favorevole del sangue e quindi la diminuzione delle resistenze arteriose. A tale scopo si consigliano irradiazioni ben dosate col sole artificiale. Anche in tal caso però i buoni risultati sono rari ed è ancora dubbio se l'efficacia dipenda dall'azione sulla pelle o per la introduzione col respiro dei prodotti di reazione. Del tutto inesplicata è l'influenza che sulla pressione sanguigna esercitano l'alta frequenza e la d'Arsonvalizzazione. Certamente l'elettricità agisce su tutto l'organismo e quindi anche sulla pressione; ma se e come debba utilizzarsi questa influenza in terapia è tuttora soggetto di discussione.

FILIPPINI.

SISTEMA NERVOSO.

Valore semeiologico del segno di Babinski.

(H. ROYER. *Gazette des Hôpitaux*, 1926, n. 37).

Il segno di Babinski è l'indice capitale d'una lesione organica della via piramidale. All'infuori delle lesioni nettamente localizzate a questo sistema, la constatazione del segno di Babinski nel corso di altre affezioni nervose o di malattie generali induce a sospettare l'associazione d'un disturbo piramidale.

L'A. studia il segno di Babinski nelle malattie organiche del sistema nervoso, nelle tossi-infezioni, nelle neurosi.

Per quel che riguarda le malattie organiche del sistema nervoso passa in rassegna le affezioni della via piramidale, della via extrapiramidale, della via cerebellare, delle sindromi nervose periferiche, delle infezioni più o meno localizzate ai centri nervosi.

Il segno di Babinski è presente con notevole frequenza nelle *emiplegie organiche*. Le statistiche dei vari autori portano tale frequenza perfino al 92 %. La natura, la causa, la sede della lesione cerebrale producente l'emiplegia hanno scarsa influenza nel determinare o meno il sintoma.

L'estensione dell'alluce si ha anche nelle forme poco stabili o affatto transitorie di perturbazione delle vie piramidali, quali quelle dipendenti dai disturbi circolatori dei cardiaci o degli arteriosclerotici, degli ipertesi o degli azotemici.

Il segno compare molto precocemente. Alcuni hanno affermato che manca nel periodo flaccido e si presenta non appena s'inizia la contrattura. Ma numerose osservazioni farebbero ritenere che esso può comparire anche subito dopo l'ictus.

La durata del segno nell'emiplegia è variabile. Di regola persiste molto tempo, quantunque sia sempre più marcata nelle forme recenti.

Il Babinski può manifestarsi anche nel lato non paralizzato, sia perchè negli arteriosclerotici anche l'emisfero non leso ha una circolazione difettosa, sia perchè esso può essere collegato alla parte del fascio piramidale omolaterale.

Nelle sindromi eccito-motrici corticali che si estrinsecano con l'*epilessia* si può avere l'estensione dell'alluce uni- o bilaterale. Il fenomeno può riscontrarsi al momento della crisi o dopo tanto nell'epilessia essenziale che sintomatica. Il segno ha un'importanza diagnostica notevole in quanto serve a stabilire se si tratta di una forma morbosa organica o funzionale.

Nella *meningite cerebro-spinale epidemica* il segno di Babinski è raro, a meno che non si tratti di forme nelle quali si ha complicazione di emiplegia definitiva o transitoria.

Nella *meningite tubercolare* Bruzinski ha constatato l'estensione dell'alluce nel 50 % dei casi: si ha spesso differenza ai due lati, specie nella forma emiplegica.

Nella *paralisi progressiva* il segno è presente solo in una piccola proporzione di casi. Si trova però quasi sempre, transitoriamente, durante e dopo gli accessi apoplettiformi ed epilettiformi.

Il segno di Babinski non si riscontra in alcuna malattia mentale che non sia legata a lesioni organiche del sistema nervoso.

Il segno di Babinski assume una diversa frequenza e modalità nelle varie affezioni midollari, secondo che si tratti di lesione midollare o perimidollare ed a seconda dell'altezza della lesione.

Nella *paraplegia spastica* è presente nel 100 % dei casi.

Nella *mielite trasversa* e sopratutto nella *meningomielite sifilitica* a tipo *paraplegia di Erb*, l'estensione bilaterale degli alluci è costante.

Nella *claudicazione intermittente* il segno, come il clono del piede, può comparire o accentuarsi in seguito a stanchezza dopo un lungo cammino.

Nella *siringomielia* manca di regola.

Nella *sclerosi a placche* è presente nel 10-20 % dei casi. Déjerine e Thomas rilevano la variabilità del segno almeno al principio della malattia, variabilità che può essere rapportata alla intermittenza degli altri sintomi della sclerosi a placche.

Nella *sclerosi laterale amiotrofica* il segno di Babinski manca ordinariamente, quantunque si tratti di una affezione eminentemente spastica. Il fenomeno è stato attribuito a contemporanea lesione delle corna anteriori del V segmento, delle vie della sensibilità nociocettrice (talamo, nastro di Reil, sostanza reticolare del bulbo o cordoni anterolaterali).

Il segno compare frequentemente nel corso delle *compressioni midollari* da pachimeningite, da tumore radicolare, da neoplasma secondario del rachide, da Pott. E ciò perchè l'estensione dell'alluce non è l'espressione soltanto di lesione ma anche di semplice irritazione delle vie piramidali.

Nelle *lesioni traumatiche del midollo* il segno di Babinski assume un contegno variabile a seconda che si tratti di lesione completa o incompleta. Non vi sono elementi per dare alla modalità del fenomeno colore diagnostico differenziale sicuro, comunque sembra che la comparsa precoce del segno deporrebbe per la sezione incompleta. Secondo Minkowski le variazioni del segno nei varii tempi avrebbero un certo significato prognostico: un riflesso in flessione che si trasforma in capo a qualche giorno o qualche settimana in riflesso di estensione sarebbe l'indice di evoluzione progressiva del midollo isolato, e sa-

rebbe di prognosi meno grave del passaggio dall'estensione alla flessione e poi all'areflessia lombare.

Nella *poliomielite cronica dell'adulto*, nella *sindrome di Aran-Duchenne* il segno manca. Ma quando la sindrome costituisce la fase iniziale della sifilide midollare, della siringomielia, della sclerosi laterale amiotrofica, cioè quando il processo non resta più localizzato alle corna anteriori, si può avere la comparsa del sintoma.

Nella *poliomielite acuta* si ha sempre riflesso in flessione; sono state tuttavia registrate numerose eccezioni, la cui interpretazione è difficile. Secondo alcuni sembra trattarsi di un falso Babinski dovuto alla disarmonia di motilità dei vari muscoli. In alcuni casi sembra che il fenomeno sia dovuto a diffusione del processo morboso alle vie piramidali.

Nella *tabe* il riflesso plantare è irregolare, conservato, abolito, ma mai invertito.

La sede in altezza delle lesioni piramidali nel midollo non ha importanza per la modalità del segno di Babinski. Tuttavia nelle sclerosi laterali amiotrofiche a tipo cervicale il segno è meno frequente che nelle forme inferiori a tipo di paraplegia spasmodica. Solo la lesione grave del segmento lombare L^4 L^5 L^1 può impedire la produzione del riflesso in estensione.

Nel *morbo di Parkinson* il Babinski manca, salvo qualche eccezione nella quale deve ammettersi l'estensione del processo alle vie piramidali.

Nell'*atetosi pura*, nel *morbo* di Wilson è stato rilevato eccezionalmente e solo transitoriamente, a meno che non si tratti di forme impure con compromissione del sistema piramidale.

Nella *corea cronica*, nel *morbo di Huntington* manca di regola.

Nella *corea del Sydenham*, infezione diffusa dei centri nervosi, che quantunque predomini nei corpi striati può colpire anche le vie cerebellari ed il sistema piramidale, si può trovare in riflesso dell'alluce in estensione.

Nelle *sindromi cerebellari* pure il riflesso dell'alluce è normale. Ma si possono avere forme neoplastiche che, attraverso l'ipertensione endocranica o per pressione diretta, irritano il fascio piramidale e provocano l'alluce dorsale.

Nella *polineurite* è stato registrato qualche caso di Babinski positivo, che può mettersi in conto, come nella poliomielite anteriore acuta, della disarmonia della motilità e sopratutto dell'ipertonia degli estensori sui flessori.

Analoga distonia può riscontrarsi nella *paralisi del nervo crurale*.

Nella *sciatica* il riflesso cutaneo-plantare è generalmente indebolito o abolito. La constatazione del segno di Babinski deve far pensare ad una lesione midollare.

Nelle *miopatie* è stato talvolta riscontrato Babinski positivo, che può mettersi in conto di lesioni midollari o di distonie periferiche.

Nel *reumatismo cronico* è stato riscontrato più volte il riflesso alluce-dorsale ciò che farebbe pensare ad un'etiologia nervosa dell'affezione, o più verisimilmente ad un'irritazione midollare d'origine spondilosica.

Nell'*encefalite letargica* è stato notato qualche caso di alluce-dorsale, e così nel tetano e nella rabbia.

Il segno di Babinski è stato notato in varie infezioni, intossicazioni ed autointossicazioni, che possono avere, nei casi gravi, ripercussioni sul nevrasse. Levi l'ha notato nel 50 % dei casi di *tifo*, specie nelle forme deliranti, durante l'infezione ed anche nella convalescenza. Kiroff l'ha trovato nella *scarlattina* nelle forme con ipertemia grave, forte eruzione, delirio, meningismo. Lo stesso A. l'ha trovato nel 19 % dei casi di *difterite* sopratutto nelle forme gravi: avrebbe valore prognostico ed anche diagnostico in quanto manca nelle altre angine.

Il segno di Babinski è stato trovato in qualche caso d'intossicazione da *etere, cloroformio, alcool, stricnina, veronal, ossido di carbonio*.

Curschmann attribuisce un grande valore al segno di Babinski come sintoma premunitorio di *coma uremico*. Altri l'hanno trovato nell'uremia nel corso o in seguito alla crisi epilettica.

Nelle affezioni gravi del *fegato* d'origine infettiva, tossica o neoplastica è stato trovato presente il segno di Babinski nel periodo terminale del coma o del delirio. Willcox l'ha riscontrato negli *itteri infettivi gravi*, Rolleston nell'*atrofia gialla acuta*.

È stato trovato presente anche nella *pellagra*, nelle *anemie perniciose progressive*.

Il segno di Babinski infine manca in tutte le forme isteriche, qualunque siano i fatti motori presenti. Questo costituisce un criterio differenziale di notevole importanza, in quanto, come si è detto, il segno è sempre l'espressione d'una lesione o perturbazione sia pur leggera e transitoria del sistema piramidale.

DR.

ORGANI GENITALI MASCHILI.

La spermatorrea.

(D. CHAVIGNY. *Paris Méd.*, n. 32, agosto 1925).

Gli spermatorroici, come gl'incontinenti d'urina, sono stati considerati per lungo tempo alla stregua di soggetti colpiti da lesione organica.

Si tratta invece piuttosto di malati psichici.

I fisiologi insegnano che la secrezione testicolare è continua, mentre l'escrezione è intermittente, costituendo in tal modo una specie di ritmo simile a quello della funzione urinaria.

La fisiologia dice inoltre che l'erezione e l'eiaculazione sono determinate da stimoli periferici (tattili o sensoriali), o centrali, cioè psichici (letture, ricordi, associazione d'idee), e sono descritte con precisione le vie centripete, il centro midollare alla regione lombare, e le vie centrifughe. Ma tutto ciò non è che il corollario di esperienze di laboratorio o di osservazione di casi patologici. Nell'individuo normale invece l'importanza dell'eccitazione periferica non deve essere mai disgiunta da quella dell'eccitazione cerebrale, perchè l'erezione e l'eiaculazione costituiscono degli atti di natura essenzialmente cerebrale.

A dimostrare questo basta il fatto dell'inibizione esercitata su tali atti da alcune emozioni, quali lo spavento, la timidezza, la paura dell'impotenza, e così via.

Esiste una spermatorrea fisiologica rappresentata dalle polluzioni, che segnano l'inizio della vita sessuale del giovane. Ma da questa forma, che potremo chiamare innocua, si passa alla forma patologica che si accompagna a disturbi generali di importanza varia.

Anche qui bisogna però chiarire i termini: la spermatorrea non è la causa di questi disturbi; essa non ne rappresenta che l'effetto. Si tratta cioè di soggetti accessibili a preoccupazioni mentali. Anche un soggetto normale può quindi diventare spermatorroico se la lettura di scritti terrorizzanti o i falsi consigli di moralisti e di ciarlatani riescono a creare nella sua mente la convinzione che prima o poi egli possa giungere all'impotenza.

Naturalmente tali processi avvengono più facilmente nei predisposti psichici e nei degenerati.

Lo spermatorroico è in genere « ipocondriaco »; ma egli è spermatorroico appunto perchè la sua ipocondria ha creato a poco a poco uno stato nettamente patologico della sfera genitale.

La spermatorrea chirurgica esiste nel senso che sopra una uretrite o una infiammazione banale o una lesione chirurgica della zona genito-urinaria o rettale può innestarsi a un dato momento un disturbo a carattere spermatorroico.

La terapia presuppone perciò un attento esame clinico del malato, dal punto di vista chirurgico, medico e psichiatrico. Sarà infatti utile in taluni casi operare una fimosi o un restringimento uretrale; od anche intervenire sulle prime vie respiratorie (polipi nasali, ipertrofia dei cornetti e delle amigdale) per eliminare l'influsso eccitatore che esercita talora sull'erezione notturna uno stato di asfissia anche modica.

La cauterizzazione del *veru montanum* col nitrato d'argento ha dato qualche resultato, ma è un procedimento empirico, che agisce forse solo per suggestione. E lo stesso si dica per la dilatazione forzata dell'ano proposta da Trousseau.

In altri casi bisognerà eliminare una costipazione abituale, un'elmintiasi, un intertrigo, un eczema, le emorroidi, le ragadi all'ano.

Ciò escluso si adotterà prima d'ogni altra una terapia mentale, cercando di far comprendere al malato il suo vero stato, e facendo opera di persuasione, mentre nello stesso tempo si ordinerà di sopprimere tutte le cause di eccitazione, rappresentate sopratutto dalle letture erotiche e pornografiche.

Poi, ottenuta la confidenza del malato, si potrà ricorrere a qualche coadiuvante medicamentoso, escludendo il bromuro che deprime troppo.

In qualche caso potrà riuscire utile un ipnotico, in qualche altro la belladonna, associando sempre ai ricostituenti generali, alla vita all'aria libera, e alle varie misure igienico-dietetiche indispensabili per la buona riuscita della cura.

L'elettrizzazione galvanica o faradica lombare e uro-genitale, in quanto esercita un'azione rieducatrice dell'attenzione, può essere di buon ausilio.

Talora infine, non riuscendo ad ottenere la guarigione in altro modo, si potrà ricorrere alla suggestione ipnotica. M. FABBRI.

L'epididimite tubercolare acuta.

(W. JADASSOHN. *Die Extrapulmonale Tuberkulose*, fasc. VI, 1925).

Già Kocher, ma sopratutto Wildbolz, Lejars, De Quervain, hanno messo in evidenza come spesso l'epididimite tubercolare si inizi acutamente con tumefazione, dolore, e febbre in modo da simulare una epididimite acuta. Lejars crede che si tratti del sopraggiungere di una infezione da comuni germi nel focolaio tubercolare latente. De Quervain crede che in molti casi si tratti dell'apertura di un processo tubercolare nella vaginale. L'A. in 93 casi di epididimite tubercolare dell'Inselspital di Berna ne ha rinvenuti 23 che presentavano sintomi acuti. Riporta però la storia solo di 8 perchè completamente studiati e tipicamente a decorso acuto. Furono tutti operati di epididimectomia prima della scomparsa dei fenomeni acuti. In tutti i casi la quantità di tubercoli dimostrabile istologicamente nel tessuto infiammatorio fu molto scarsa, anzi in 2 casi mancavano del tutto, tanto che la diagnosi fu fatta colla dimostrazione dei bacilli tubercolari.

L'A. non crede che nei suoi malati si possa pensare a una infezione mista di un focolaio tubercolare latente. Gougerot e dopo Liebermeister hanno studiato specialmente la questione della tubercolosi senza tubercoli. Questi AA. ne hanno distinto una forma acuta e una forma cronica che hanno attribuito alla diversa quantità e virulenza dei germi. Non parlano però nelle loro ricerche della tubercolosi dell'epididimo. L'A. crede che i suoi casi si debbano classificare fra quelle forme di passaggio, descritte da Gougerot, fra la tubercolosi senza tubercoli e la tubercolosi tipica senza segni di flogosi banale. Nei casi riferiti il decorso clinico starebbe in accordo col quadro isto-patologico, mentre in altri casi esiste un contrasto fra l'andamento acuto del processo e il reperto istologico di una flogosi cronica.

Sahli ha attribuito il diverso modo di reagire dei tessuti alla tubercolosi a una diversa allergia locale e generale dei singoli individui. L'A. formula l'ipotesi che la tubercolopirina che dà luogo alle alterazioni dei tessuti sia dovuta alla unione della tubercolina all'anticorpo I che si trova nel siero di tutti gli individui, ma in maggior quantità in quello di individui già colpiti da un processo tubercolare. La tubercolopirina poi sarebbe resa inoffensiva dall'unione con un altro anticorpo II. Ora la produzione di tubercoli starebbe in ragione diretta della quantità di tubercolopirina che si forma. Perciò il quadro istologico dipende: 1) dalla quantità degli anticorpi I che trasformano la tubercolina in tubercolopirina; 2) dalla quantità degli anticorpi II; 3) dalla quantità della tubercolina.

In quasi tutti i casi la localizzazione epididimaria non è primitiva, si può comprendere quindi come dal variare dei 3 fattori sopradetti possa variare il quadro clinico e istologico.

L'A. accenna poi brevemente a alcune ricerche sperimentali proprie nelle quali è riuscito a reinfettare nell'epididimo cavie già tubercolose con culture che non avevano attecchito con una iniezione intradermica. Attribuisce questo diverso comportamento alla diversa produzione di anticorpi dei diversi tessuti.

MANFREDO ASCOLI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Congressi della Società Italiana di Medicina Interna (Roma 26-29 ottobre 1925). Un vol. in-4° di pag. 241. Roma, 1926, Casa Ed. Luigi Pozzi. L. 60.

È con vivo compiacimento che vediamo anche quest'anno pubblicare, con encomiabile sollecitudine, dalla Casa Editrice Pozzi, il volume degli Atti del XXXI Congresso della Società di Medicina Interna.

In esso sono riportate per intero le interessantissime relazioni sulle « Cirrosi epatiche » e sulla « Terapia del m. di Basedow », nonchè quella del prof. Boeri sull'« Esame funzionale dell'apparato respiratorio ». Ogni relazione è seguita dapprima dalle comunicazioni ad essa inerenti e poi dalla discussione e dalle risposte dei Relatori.

Il volume contiene inoltre, ordinate per argomento, tutte le comunicazioni fatte dagli aderenti al Congresso. Molto importanti sono sopratutte quelle sull'apparato circolatorio, su quello respiratorio e sulla malaria. Esso quindi riproduce fedelmente lo stato attuale della medicina italiana, e tutti coloro che desiderano tenersi al corrente dei progressi che si vanno facendo nel campo medico, troveranno in esso un'utile mèsse di cognizioni moderne. Facile è la ricerca dei vari argomenti trattati essendo il volume provvisto di indici per materia, per autori, per seduta.

Ampia lode va data al solerte prof. Sabatini che, per incarico del Consiglio Direttivo della Società, cura ormai da parecchi anni tale pubblicazione.
R. B.

Prof. L. FERRIO. *La diagnosi clinica delle malattie interne.* Torino, Unione Tip.-Ed. Torinese, 1925. L. 90.

La seconda edizione del bel trattato del Ferrio, già noto a gran parte dei medici, ci si presenta completamente rifatta, arricchita di tutte le nuove acquisizioni scientifiche e complete sotto ogni riguardo.

Il primo volume sulle malattie da infezioni si apre con un bel capitolo sulla immunità e anafilassi. Vi si trovano le comuni nozioni sull'argomento, ma presentate con un'esposizione così chiara e brillante da rendere piacevole e facile a tutti la lettura di un argomento che già per se stesso è pieno di difficoltà e incertezze. Nello stesso volume gli itteri infettivi, ci danno luce completa sulle nuove cognizioni per la spirochetosi e gli itteri da paratifo.

Il secondo volume sull'apparato circolatorio, respiratorio e uropoietico è al corrente di ogni nuovo progresso scientifico in questo campo. Vi si trova tutta la semeiotica cardiaca e respiratoria diffusamente trattata.

Belli i capitoli sull'ipertensione, arteriosclerosi

e le affezioni dell'aorta. Bellissimo il capitolo sulle cavità varie nell'interno del polmone e considerazioni diagnostiche relative. Per il rene l'A. adotta la classificazione francese e tratta diffusamente la prova sulla funzionalità renale.

È un libro essenzialmente pratico, facile, accessibile a tutti. Essenzialmente pratico ma completo, perchè l'A. non dimentica di intercalare nel testo opportunamente nozioni di anatomia, fisiologia, semeiotica e patogenesi, come pure non tralascia di considerare e discutere per ogni malattia anche i sintomi accessori e di minore importanza.

Altro pregio fondamentale del libro è il tener conto di tutte le opinioni degli autori italiani e stranieri su ciascun argomento, corredandole colle relative citazioni bibliografiche pagina per pagina.

Il trattato del Ferrio è destinato al più grande successo e al favore di tutti i medici.

A. POZZI.

La tubercolosi polmonare dal punto di vista clinico e sociale. Soc. An. Istituto Editoriale Scientifico. Milano, 2 vol., 1926.

Al I volume comparso l'anno scorso e riguardante l'eziologia, la patogenesi, l'anatomia patologica e la clinica della tubercolosi polmonare, è seguìto quest'anno a suo completamento il II volume. Esso tratta della terapia, della difesa sociale, della legislazione, ed è stato compilato con la collaborazione di Alleri, Arrigoni, Bertarelli, Bertolini, Carpi, Castiglioni, Gamma, Mangiagalli, Micheli, Rondoni, Ronzani, Salvini, Ziboni.

Se il I volume racchiude tutte quelle nozioni che hanno grande interesse per lo studioso e per il pratico, questo II volume veramente contiene quanto può essere ricercato continuamente dal medico pratico nella sua continua opera; come curare il tubercoloso, come difendere la società dal contagio tubercolare. Questi problemi che involgono maggiori questioni di ordine sociale trovano qui quella soluzione che oggi, in base alle ultime acquisizioni degli studi e dei provvedimenti contro la tubercolosi, rappresenta la più recente tappa della tisiologia. E in questo, largo contributo hanno portato gli scienziati e i medici italiani.

È così completata questa pregevole e interessante opera di autori italiani, inspirata al più alto spirito di praticità, dedicata agli studiosi tutti, ma specialmente ai medici pratici che potranno in essa raccogliere i buoni frutti della scienza e della esperienza delle nostre scuole mediche.

A. POZZI.

J. FORESTIER. *Diabète, goutte, obésité, oxalemie, rhéumatismes chroniques.* G. Doin et C.ie, éditeurs, Paris.

Piccolo manuale della collezione « Les consultations journalières » curata dal Doin ad uso dei pratici. Esso è dedicato alle malattie della nutrizione che « ad ogni piè sospinto » esigono dal curante adeguati consigli, più che diagnostici, terapeutici. Manualetto aggiornato (a proposito del diabete vi leggiamo anche precetti di insulinoterapia), che a malgrado la vastità e la complessità della materia si sforza di essere completo e chiaro spaziando dalla dietoterapia alla vaccinoterapia delle malattie della nutrizione.

MONT.

J. BOAS. *Diätetik der Magen und Darmkrankheiten.* Berlin.

G. KELLING. *Diätetik und Nachbehandlung der Operationen am Magen-Darmkanal.* Georg Thieme, Verlag, Leipzig, 1926.

E' una pubblicazione unica, presentata ora nella sua seconda edizione, che tratta l'importantissimo capitolo della dietetica sotto il duplice punto di vista dell'interesse medico e dell'interesse chirurgico, con la duplice, separata competenza dell'internista (Boas) e del chirurgo (Kelling). In essa i consigli per la pratica non sono semplicemente elencati o più o meno razionalmente esposti, ma sono discussi e dimostrati nel loro fondamento teorico ed empirico. Per cui si deve dire che il volume di 342 pagine può essere tenuto utilmente fra i libri di consultazione da parte del professionista.

B.

E. S. LONDON. *Experimentelle Physiologie und Pathologie der Verdauung (Chymologie).* Un volume in-8° di 197 pag. con 18 fig. Urban e Schwarzenberg edd. Berlino, 1925. Prezzo : Marchi 9.

Scopo del libro è quello di mostrare quali siano i problemi della digestione che il metodo sperimentale operativo ha ormai chiarito e quali invece attendano ancora una soluzione.

Sono tredici lezioni che l'A. ha tenuto su tale argomento a Leningrado; il libro quindi non fa una trattazione sistematica dei processi della digestione come potrebbe fare un trattato di fisiologia, ma dà un vasto colpo d'occhio su di essi, mettendo al corrente il lettore delle odierne acquisizioni in materia che fanno capo a Pavlov ed alla sua scuola.

Sono anche riportati e descritti nelle loro linee generali i metodi per lo studio e per l'esperimento sugli animali, metodi che hanno appunto condotto alle moderne conquiste sull'argomento.

Il libro sarà letto con interesse anche dai chirurghi che vi troveranno i risultati di numerose esperienze sull'asportazione dello stomaco, del duodeno, di parti dell'intestino, della traslocazione dell'ileo al posto del digiuno e così via.

fil.

F. KIRCHBERG. *Manuale di massaggio e ginnastica medica.* Vol. in-8°, pag. 280. G. Thieme ed., Lipsia, 1926.

In Germania stanno moltiplicandosi le pubblicazioni sull'argomento in rapporto all'importanza sempre maggiore che vengono acquistando le diverse branche della terapia fisica. L'A. descrive minutamente i dettagli della massoterapia e le diverse modalità a seconda della regione e della indicazione causale. È un trattato completo che acquista maggior valore per i numerosi disegni e le belle fotografie che lo corredano.

VALDONI.

Prof. PIETRO CAPPARONI. *Profili bio- bibliografici di medici e naturalisti celebri italiani* (dal sec. XV al sec. XVIII). Vol. I. Istituto Nazionale Medico-Farmacologico. Roma, 1925.

Il prof. Cesare Serono ha fatto raccogliere in un volume quei *Profili di medici e naturalisti italiani* che son comparsi isolatamente dal 1923 al primo semestre del 1925 nella sua *Rassegna di Clinica Terapia e Scienze affini*, sotto la cura dell'Istituto Storico Italiano dell'Arte Sanitaria. Il lavoro è stato egregiamente preparato dalla competenza e dall'amore del prof. Pietro Capparoni ed è apparso in una magnifica edizione degna dell'intento e dei Grandi di cui parla. È tracciata brevemente la vita di 30 nostri maggiori medici e naturalisti dal sec. XV al XVIII e nel riportare le opere più importanti di ognuno, vien messo in particolare rilievo il contributo originale, l'impulso dato alla medicina e le grandi vie aperte al pensiero medico dal genio di questi immortali.

I *Profili* sono corredati dei corrispondenti ritratti ed ogni cura è stata posta perchè, con la scelta dei più artistici e simiglianti dell'epoca, fossero riprodotte le vere sembianze di questi grandi medici del passato, sì che possano parlare all'animo di chi le veda.

Il lavoro è dedicato a tutti i medici italiani « perchè ricordino coloro che hanno costituito le colonne miliari nel progresso del pensiero scientifico della medicina ».

La pubblicazione ha avuto nel plauso di S. M il Re e di S. E. il Primo Ministro Benito Mussolini la più alta e significativa ricompensa.

Il giornale *Il Policlinico* che ha sempre in primissima linea entusiasticamente incoraggiata e promossa dal canto suo ogni manifestazione ed ogni rivendicazione di italianità nel campo della produzione e degli studi di medicina, ricordando questa pubblicazione ai medici d'Italia, esprime la sua sentita e solidale espressione di plauso all'opera del prof. Serono ed a quella del prof. Capparoni.

D. MASELLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia.

Seduta del 21 maggio 1926.

Presidente: EMILIO ALFIERI.

Nel cinquantesimo della prima operazione cesarea Porro.

ALFIERI e MONTI. — Gli OO., con elevate parole, ricordano che la prima operazione cesarea con amputazione utero ovarica fu eseguita il 21 maggio 1876 da EDOARDO PORRO in questa aula.

L'ALFIERI, servendosi spesso delle stesse parole del PORRO, mette in luce l'importanza dell'avvenimento dopo il quale tante vite furono salve, ricorda attraverso quale profondo ed acuto studio il PORRO fosse giunto alla grande innovazione, ricorda le obbiezioni dalle quali il PORRO dovette difendersi e sintetizza l'alta figura di scienziato e di filantropo di E. PORRO.

Il MONTI, che ebbe il PORRO tra gli amici di famiglia tratteggia l'ambiente scientifico di allora e rievoca brillantemente la figura del PORRO come uomo e come patriota.

I due oratori sono a lungo applauditi.

Il prof. ALFIERI legge un telegramma di calorosa adesione del prof. sen. MANGIAGALLI.

Sulla natura e sulla patogenesi della malattia ossea di Paget.

G. MORONE. — Dallo studio della letteratura e di 4 casi personali di malattia ossea di Paget — in cui l'O. ha potuto compiere ricerche istologiche e biologiche, con particolare riguardo alle prove endocrine e al ricambio basale — sono formulate le seguenti conclusioni:

1) La malattia ossea di Paget è un'affezione, se non frequente, certamente non rara.

2) Essa rappresenta una sindrome anatomoclinica assai variabile per la sede e per il numero delle ossa colpite, per l'estensione e la profondità delle lesioni: si può distinguere una forma a focolaio circoscritto, una forma monosteitica, una poliosteitica, ed una generalizzata.

3) Anatomicamente, il processo è in modo essenziale caratterizzato da una distruzione dell'osso — dovuta ad un duplice meccanismo, di riassorbimento lacunare, in prevalenza, e di alisteresi — e da un processo tendenzialmente ricostruttivo, di scarsa efficienza: la perdita di sostanza ossea è colmata da una neoproduzione di tessuto connettivo, più di spesso denso, scleroso, talvolta fibrillare, lasso (caso 1°).

4) Contrariamente all'opinione dominante che le lesioni siano sempre di natura infiammatoria, si deve ammettere l'esistenza di casi in cui le lesioni sono l'esponente di un processo distrofico, non di natura flogistica. In questi casi il midollo osseo può partecipare al processo solo con modificazioni di indole funzionale (osserv. 1ª).

5) L'osteopatia di Paget è una sindrome che può avere origini differenti: se si prescinde dall'esistenza di un peculiare agente infettivo (dimostrato fino ad ora nel solo caso, di BIGNAMI), si deve verosimilmente ammettere nella genesi della malattia il concorso di due fattori, uno disponente — e questo è forse il più costante — ed uno determinante.

Tra i primi il fattore endocrino — inteso come disturbo ormonico complesso, plurighiandolare, — o meglio endocrino-simpatico, è quello che appare più meritevole di considerazione per la sua frequenza (che potrà apparire maggiore quanto più accurate saranno le ricerche in proposito) e perchè in accordo con le nostre conoscenze intorno al metabolismo delle ossa. Su di esso si permette di richiamare più particolarmente l'attenzione, perchè i casi dall'O. studiati apportano un interessante contributo alla questione.

Un altro fattore disponente degno di menzione, sopratutto per le forme localizzate, è costituito da alterazioni neurodistrofiche.

Per i secondi è giuocoforza riferirsi a cause tossiche, probabilmente di origine metabolica o intestinale (KNAGGS), forse le più frequenti ma fuori delle nostre possibilità di una sicura dimostrazione, e a cause infettive, che per ora apparirebbero solo eccezionali, ma per le quali sono necessarie ulteriori e più rigorose indagini.

Al trauma non si può assegnare che un posto di eccezione tra le cause efficienti e soltanto per le forme svolgentisi in un unico focolaio nella sede del trauma stesso.

L'influenza della sifilide nel determinismo patogenetico dell'osteopatia di Paget va ridotta a quella di un fattore secondario, non necessario, che può spiegare la sua azione come provocatore di disendocrinie (ACHARD): le lesioni ossee non rappresentano mai un'osteopatia di natura sifilitica.

6) Per i rapporti tra osteite deformante di Paget, osteite fibrosa di Recklinghausen, osteodistrofia cistica di Mikulicz va considerato che esiste tra di esse un'affinità anatomica, e, forse meglio un'identità se ci si riferisce solo alle alterazioni fondamentali dei vari processi morbosi — la differenziazione è basata solo su caratteri affatto secondari —; e poichè identica è la concezione patogenetica e il comportamento clinico loro non offre possibilità di sicura differenziazione, nè in base all'estensione del processo nè per i segmenti scheletrici colpiti, parrebbe opportuno di formare con esse un gruppo unico, indicandolo preferibilmente col nome di *osteosi fibrosa*, come quello che sintetizza il processo nella sua essenza e non è pregiudizievole della natura della malattia.

Dott. F. RICCI.

Società Medico-Chirurgica di Padova.

Seduta del 26 aprile 1926.

Cisti branchiale epidermoide.

A. FUSARI. — L'O. illustra brevemente un caso di cisti branchiale del collo, affermata in un individuo di 30 anni ed operata nella Clinica chirurgica di Padova; cisti voluminosa e costituita da una sottile membrana, rivelatasi istologicamente per un traliccio connettivo rivestito da epitelio pavimentoso stratificato analogo a quello della cute, e contenente un liquido sieroso e masse di sostanza sebacea, senza produzioni cornee e quindi diagnosticabile come cisti branchiale epidermica.

Elementi per la diagnosi del granuloma maligno.

G. SALVIOLI. — Lo studio di quattro casi di granuloma maligno confermati anche dal reperto istologico e di cui uno si riferiva ad un lattante di 11 mesi, dimostra che per la diagnosi della forma deve darsi valore all'esame ematologico. Costante è neutrofilia relativa, eosinofilia, non costante leucocitosi, monocitosi. È possibile rinvenire elementi immaturi della serie mieloide con ossidasi presente. Arneth: deviazione netta a sinistra.

Sopra un metodo semplice per la differenziazione dei bac. dissenterici dai pseudo-dissenterici.

G. HALFER. — Da alcune proprietà biochimiche l'O. ha potuto dimostrare che: se siamo in presenza del b. tossico di Shiga-Kruse la soluzione allungata (10 %) di $H_2 O_2$ *resta inalterata;* se invece si tratta d'un pseudo dissenterico, si ha la formazione di bollicine dovuta all'azione catalitica di questi germi.

A. RONCATO, *segretario.*

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Sedute del 7 ottobre e del 2 dicembre 1925.

Presidenza: Prof. G. PIERI, Presidente.

Dott. M. LAPENNA. — *La radioterapia della tubercolosi.* — Conferenza non riassumibile in un resoconto.

Un caso di Sodoku.

Dott. R. BOTTESELLE. — Riferisce di un tipico caso di Sodoku; la reazione di Wassermann si dimostrò positiva (+++); le culture eseguite col sangue e col materiale raccolto dall'escara riuscirono negative. Negativa la ricerca dello spirocheta nel sangue ed orine. L'inoculazione in una cavia negativa. Formula leucocitaria: polinucleosi (80/100), eosinofilia (1/100).

Furono eseguite complessivamente 7 iniezioni di neosalvarsan (in tutto gr. 2,85 di medicamento) in 30 giorni. Dopo la seconda iniezione si notò la scomparsa della roseola, dopo la terza la Wassermann era divenuta negativa. Si ebbe guarigione rapida, con un solo rialzo febbrile a 38,8 all'ottava giornata dall'inizio della cura.

Tumore dell'angolo pontocerebellare destro.

Dott. A. SPANIO. — L'O. riferisce di una paziente di anni 31, con cefalea occipitale, nistagmo orizzontale nella direzione dello sguardo verso destra, tremore a tipo intenzionale del braccio destro, paresi dell'arto inferiore destro, andatura barcollante con deviazione costante a destra.

La puntura lombare (eseguita in posizione sdraiata) rilevò aumento di pressione, leggero aumento dell'albumina, leggera linfocitosi, eccesso di zucchero.

Venne fatta diagnosi di tumore cerebrale, l'intervento operativo non fu permesso.

Nell'agosto 1925 l'O. rivide la paziente, che presentava la classica sintomatologia obbiettiva cerebellare, completa per il lato destro, appena abbozzata per il sinistro, e in più paresi del 5°, 6°, 7°, 8° nervo cranico a destra.

La diagnosi di tumore dell'angolo pontocerebellare destro è stata confermata dalla autopsia (settembre 1925), la quale ha dimostrato un tumore gliomatoso facilmente enucleabile che si adagia sull'emisfero cerebellare destro, seriamente danneggiato, e il ponte, che appare integro.

Pericardiotomia e cardiolisi per pericardite tubercolare.

Prof. PIERI. — Il 23 settembre in un ragazzo di 15 anni affetto dal luglio di pleuropericardite essudativa tubercolare, in narcosi eterea, attraverso incisione parasternale sinistra curvilinea, con sezione della V e VI cartilagine costale, si scoprì e si incise il pericardio; questo era fortemente ispessito (oltre due millimetri) contenente abbondante essudato; il ventricolo sinistro era aderente anteriormente al pericardio su breve estensione, e si distaccò facilmente da esso; esisteva invece una aderenza molto più vasta e salda a livello dell'orecchietta sinistra, che si distaccò, con qualche difficoltà, per mezzo dell'indice introdotto attraverso la incisione pericardica. Sutura totale di tutti i piani.

All'intervento seguirono riproduzione del liquido nel pericardio e tubercolizzazione dell'incisione operatoria, con formazione di un tramite dal quale si vuotava in parte il liquido pericardico. Si riaccese la pleurite destra, comparvero edemi agli arti inferiori, poi piaghe da decubito, e il malato morì il 16 novembre con sintomi di rapida decadenza organica.

In questo caso dunque la pericardiotomia, proposta da JACOB per la cura della pericardite tubercolare essudativa, è stata seguita da insuccesso.

Intervento per rottura traumatica della milza.

Dott. BROGLIO. — L'O. presenta una donna di 54 anni, che il giorno 27 settembre fu condotta di urgenza all'Ospedale per un vivo dolore addominale localizzato a sinistra e insorto subito dopo una caduta in piedi dall'altezza di tre metri.

Divennero evidenti i segni di una emorragia interna, per cui si intervenne (prof. PIERI) circa sei ore dopo il trauma.

Alla splenectomia, seguì normale guarigione.

La milza, presentata dall'O. non dimostra alterazioni di volume e di forma: sulla sua faccia convessa si osservano due profonde fessure trasversali, una delle quali attraversa tutto l'organo a livello dell'ilo; sulla faccia concava numerose piccole fessure trasversali.

L'O. illustra il singolare meccanismo di rottura della milza in questo caso: dal reperto anatomico sembrerebbe si fosse verificata una sorta di flessione dell'organo per cui la faccia concava sia divenuta sotto l'azione dell'urto convessa, donde le rotture a decorso trasversale.

La maggior fessura, attraversante l'organo a tutto spessore a livello dell'ilo, impedì un trattamento conservativo (cui in questi casi dovrebbe mirare il chirurgo): una sutura dell'organo avrebbe prodotto lesione dei vasi dell'ilo, con inevitabili emorragie ed infarti; donde la indicazione alla splenectomia.

Il taglio cesareo nella placenta previa centrale.

Prof. A. PONZIAN. — Quasi completo è l'accordo fra gli ostetrici sul modo di trattare le diverse varietà di placenta previa non centrale mediante operazioni vaginali; l'O. riferisce 5 casi del genere da lui con tale procedimento curati, con felice esito per la madre e per il neonato.

Diversi sono invece i pareri a proposito del trattamento della placenta previa centrale. Due casi del genere occorsi all'O. lo hanno convinto che il taglio cesareo può in tali circostanze rappresentare la soluzione più brillante (e forse l'unica) per la salvezza della madre e del bambino.

Sulla profilassi del gozzo endemico.

Dott. SPAGNUOLO. — L'O. afferma la necessità di intraprendere la lotta contro l'endemia gozzocretinica. Mette in rilievo il ridestarsi di studi ed esperienze in Italia e all'Estero. Accenna alle varie teorie sulla etiologia, ritenendo più verosimile quella di carenza di iodio, che sarebbe in armonia con l'efficacia preventiva e curativa dello jodio contro il gozzo. Ricorda gli effetti talora sorprendenti della tiroidina che riduce o fa sparire il gozzo e determina una profonda trasformazione somatica e psichica dell'organismo.

In seguito a questa comunicazione, viene approvato il seguente ordine del giorno:

« Ritenuta la necessità di ingaggiare la lotta « contro il gozzo, in provincia di Belluno, la So- « cietà Medica Bellunese fa voti che ogni medico « faccia una statistica dei gozzuti e dei cretini, « specialmente nelle scuole, statistica che servirà « di base a provvedimenti profilattici e terapeu- « tici ».

G. LOCATELLI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Valore diagnostico-pronostico del sintoma di Troisier.

La presenza del ganglio di Troisier (adenopatia della fossa sopraclavicolare sinistra) non è un reperto molto frequente nelle affezioni cancerose dei visceri addominali ed in particolare dello stomaco. Del resto, pur quando esiste, non rappresenta sempre un'adenopatia metastatica, ma può anche essere l'espressione di un'adenite acuta o subacuta da germi infettivi provenienti dal tumore o da altra lesione gastrica (ulcera) o più specialmente di un'adenite specifica o banale coesistente con la neoplasia addominale.

Tale differenziazione è possibile con la biopsia ed il successivo esame isto-patologico. Nel caso di metastasi cancerosa, questa può dipendere o da una linfangite neoplastica progressiva per la via del dotto toracico o da una metastasi embolica.

In pratica, come osserva A. Chauvenet (*Gazette des hôpitaux*, 1925, n. 80) solo la natura nettamente neoplastica di detto ganglio può trattenere il chirurgo dall'intervenire con l'exeresi del tumore gastrico, mentre ciò gli è permesso, ai fini dei buoni risultati post-operatori negli altri casi. Qualche successo ottenuto con la presenza del ganglio di Troisier canceroso estirpando contemporaneamente tumore e ganglio deve attribuirsi al fatto che la metastasi cancerosa era avvenuta probabilmente per embolia e quindi senza altra disseminazione neoplastica lungo la via percorsa dalle cellule eterologhe *fil.*

Il ganglio di Troisier.

L'adenopatia sottoclavicolare sinistra può esistere nel corso dei carcinomi addominali, particolarmente dello stomaco; Troisier ha richiamato su questo fatto l'attenzione.

Si è voluto fare del ganglio di Troisier un segno patognomonico del carcinoma gastrico. In realtà, come osservano G. Faroy e R. Worms (*Progrès médical*, giugno 1925), questo segno è raro, tardivo e non è per nulla patognomonico, poichè può riscontrarsi nella tubercolosi, nella sifilide, in affezioni gastriche non cancerose. Tali restrizioni, che del resto erano state notate dallo stesso Troisier, rendono il valore diagnostico del segno assai discutibile.

Scarso è pure il valore pronostico ed il solo fatto della sua esistenza non può costituire una controindicazione operatoria in un malato che sia in grado di sopportare l'intervento. *fil.*

CASISTICA.

Lombricosi del dotto di Wirsung; pancreatite emorragica.

J. Sabrazès, A. Pardelier e H. Bonnin (rif. in *Presse médicale*, 17 ottobre 1925) riportano la seguente osservazione. Un uomo di 31 anni, sifilitico ben curato, senza antecedenti gastrici, viene preso improvvisamente, 1-2 ore dopo il pasto della sera da violenti dolori all'ipocondrio sinistro, accompagnati da vomiti alimentari e biliari e da singhiozzo. I dolori, pur rimanendo più forti all'ipocondrio sinistro, si generalizzano a tutto l'addome, che è disteso nella parte superiore, dove si ha difesa muscolare. Non vi sono contrazioni intestinali visibili, manca ogni emissione di feci e di gas. L'intervento immediato mostra una serie di lesioni che indicano una pancreatite emorragica; la ghiandola è tutta infiltrata di sangue, di consistenza dura, con lesioni di steatonecrosi alla coda, infiltrazione sanguigna alla base del mesocolon trasverso, cistifellea normale. Si applica un drenaggio in contatto col pancreas. Dopo 20 ore, morte in coma preceduto da violento periodo di agitazione con temperatura di 36°,4 ed un polso che non si poteva contare.

All'autopsia, si trova il dotto di Wirsung occupato per quasi tutta la sua estensione da un ascaride. Il meccanismo di questo dramma pancretico si spiega come segue. Il verme, bloccando il dotto di Wirsung aveva suscitato un disordine nello stato anatomico e fisiologico del pancreas, in cui si sarebbero avuti dei processi di autodigestione, con erosione dei canali, dei vasi, delle trombosi emorragiche e necrosanti con della steatonecrosi.

Gli AA. hanno raccolto una ventina di casi con ascaridi nel pancreas, di età variabile dai 2 ai 77 anni. La sintomatologia può essere nulla e l'ascaride rimanere un semplice reperto d'autopsia. In qualche caso la lombricosi pancreatica suscita delle reazioni dell'organo (sclerosi, ascessi) che si traducono con sintomi di esaurimento, diarrea, crisi dolorose, inappetenza, tosse, reazioni febbrili. Ma gli accidenti possono essere iperacuti; dolori atroci sopraombelicali che talora si irradiano verso la fossa iliaca sinistra, insorgenti 1-2 ore dopo i pasti, facies peritoneale, polso frequente, temperatura raramente elevata, addome tutt'al più un po' disteso nella parte sopraombelicale, dove è sensibilissimo e dove si ha la difesa muscolare.

La conoscenza della presenza di elmintiasi connessa con la descritta sintomatologia deve fare pensare alla possibilità di una pancreatite emor-

ragica e far supporre la causa. Le conseguenze catastrofiche si svolgono in breve tempo, al massimo 2-3 giorni.

Il trattamento chirurgico è il più spesso impotente. In un solo caso, Novis è riuscito, operando all'inizio degli accidenti, ad estrarre dal dotto di Wirsung un ascaride adulto a cui faceva seguito un altro già desintegrato. Si praticò la sutura accurata del pancreas, drenando l'addome per 48 ore e si ebbe la guarigione. Durante la convalescenza l'operato espulse altri ascaridi, dopo la somministrazione di santonina.

fil.

Intorno ad un'osservazione di malattia celiaca di origine pancreatica.

Si tratta di un'affezione infantile, che va anche sotto le denominazioni di: infantilismo intestinale, infantilismo pancreatico, atrofia plurighiandolare digestiva.

Tale malattia, rara nei paesi dell'Inghilterra e dell'America, è addirittura rarissima nelle nostre regioni, tanto che nella letteratura pediatrica italiana non si trova citata.

L. Magni ed E. Pirami (*Riv. di Clini. Pediatr.*, marzo 1926) ne descrivono un caso caduto sotto la loro osservazione.

I sintomi sono i seguenti: in bambini grandicelli, senza causa apparente, si manifesta una diarrea poltacea, fetida, con feci ricche, anche ad occhio nudo, di grasso. L'addome si tumefà, diviene timpanico e leggermente dolente e talora insorge modico vomito. Le condizioni generali vanno progressivamente deperendo, e mentre si stabilisce un'anemia sempre più grave, lo sviluppo somatico si arresta, con mancanza dello sviluppo sessuale se i malati sono all'età pubere. Talora vi è anoressia e talora aumento dell'appetito. Lo sviluppo psichico e l'intelligenza sono normali od anche più vivi della norma.

Il carattere dominante è poi dato dalla straordinaria quantità di grasso che si ritrova nelle feci.

Patogeneticamente si è incolpata una insufficienza intestinale o epatica o pancreatica, a seconda dei vari ricercatori. Gli AA. emettono l'ipotesi che si tratti essenzialmente di un'alterata secrezione esterna del pancreas, da mettersi a riscontro delle sindromi diabetiche da deficiente secrezione interna della ghiandola.

La prognosi, giudicata in genere benigna, fu, nel caso degli AA., piuttosto seria.

La terapia rispecchia l'incertezza patogenetica. In ogni modo sono da tentare i preparati opoterapici di pancreas, e si deve studiare una dieta appropriata, in cui siano ridotti al minimo i componenti non digeriti. M. FABERI.

La pancreatite cronica con ittero.

Negli stadi iniziali alcuni segni possono mettere sull'avviso.

Si hanno crisi dolorose, uno o parecchi anni prima della comparsa dell'ittero. Questi dolori sono senza rapporto con l'ingestione alimentare, hanno sede al cavo epigastrico e si diffondono sotto il margine costale sinistro, le spalle, la regione lombare. Il dolore mediano, epigastrico e lombare ad un tempo, con sensazione di trasfissione, somiglia a quello dell'ulcera della piccola curvatura e, di fatto, alcuni malati vengono trattati come gastropazienti. La crisi dura 2-3 ore e può accompagnarsi ad attacco febbrile con brividi; ricompare ad intervalli irregolari e lascia spesso dietro a sè un insieme di segni digestivi e generali progressivi: disgusto per il grasso e per la carne, anoressia, nausee, dimagrimento, raramente la diarrea pancreatica.

L'ittero compare 5-6 mesi dopo la prima colica; eccezionalmente esso precede i dolori; fa apparizioni fugaci prima di stabilirsi definitivamente. Al periodo di stato ha tutti i gradi possibili da quello bronzeo al subittero. Il fegato è grosso, la vescicola distesa e facilmente percettibile. I dolori spontanei persistono ed ogni crisi allora è seguita da un aumento dell'ittero, oppure si vanno attenuando. Il punto doloroso del coledoco non può essere nettamente determinato; spesso la zona dolorosa all'epigastrio si accompagna ad una contrattura localizzata della parete.

La temperatura è normale, ma ogni 8-10 giorni si ha un accesso febbrile; il dimagrimento si accentua, l'astenia è grande, pur permettendo ad alcuni malati di continuare a lavorare per qualche tempo. Come segni accessorii sono da aggiungere il tumore che è riconosciuto eccezionalmente, la glicosuria che è rara. L'evoluzione spontanea è progressiva ma lenta ed il pericolo dell'insufficienza epatica è sempre incombente.

P. Mallet-Guy (*Journal des praticiens*, 13 marzo 1926).

fil.

TERAPIA.

Il catrame lavato in terapia cutanea.

Il catrame minerale (coaltar) derivante dalla distillazione del carbon fossile, esercita un'azione notevole antipruriginosa, disseccante e cicatrizzante. Esso si applica sia come spennellature, sia in forma di vernici, di paste o di pomate. La spennellatura si fa con uno stecco di legno che porta all'estremità del cotone fissato solidamente; si applica così il catrame in uno strato sottile sulla superficie da trattare.

Dopo qualche minuto si spolvera del talco; in

tal modo la superficie prende un colore verdastro; allo scopo di proteggere i vestiti o la biancheria del malato si potrà mettere al disopra della medicatura una compressa di garza, ma non mai un tessuto impermeabile. Dopo 2-3 giorni si leva la garza e, di solito, non è necessario ripetere l'operazione più di 4-5 volte. Si deve poi ripulire la superficie trattata, ciò che si fa mediante vaselina o burro fresco, evitando l'etere o l'acetone che darebbero troppo dolore. Se la cute prende un colore rosso vivo, si sospenderà la medicazione al catrame e si applicherà una pasta all'ossido di zinco. All'applicazione del catrame succede spesso la soppressione del prurito; il malato risente per mezz'ora una sensazione di bruciore, ma poi tutto passa; si deve evitare ad ogni modo il tentativo di togliere il catrame con alcool od etere, ciò che provocherebbe un'infiammazione dolorosa dei tegumenti. In qualche caso raro, all'applicazione di catrame succedono dei fatti infiammatori acuti od il sollevamento dell'epidermide in bolle; si deve allora sospendere l'applicazione.

Meglio accette al paziente sono le vernici, a 1/20; 1/10; 1/5; in alcool, etere, benzolo, acetone. La loro azione è certamente minore soprattutto per la soppressione del prurito. Sul cuoio capelluto, il catrame si applica come « liquor carbonis detergens » (20 g. di catrame per 80 g. di tintura di Quillaya) vecchia e buona preparazione che lascia sulla cute una fine pellicola senza incollare i capelli.

Come pomata è consigliabile la formola di Dind: Catrame g. 10; Ossido di zinco, Acqua di calce, Lanolina, Vaselina ana g. 25.

Secondo R. Gonin (*Paris Médical*, 16 genn. 1926) le indicazioni terapeutiche del catrame sono le seguenti.

L'eczema vescicoloso volgare, specialmente nelle forme franche, secernenti in cui, nonostante la contraria apparenza, è benissimo sopportato. Nelle forme croniche pure secernenti degli arti inferiori nelle persone anziane e negli eczemi complicati da piodermite si applicherà il catrame soltanto quando la superficie sia ben detersa: si dovranno dapprima rammollire le croste, vuotare le pustole, toccarle con acqua di Alibour diluita e fare per 2-3 giorni degli impacchi umidi con il liquido di Burrow diluito in 5-10 volumi di acqua; nelle forme degli arti inferiori, la compressione metodica ed il riposo in letto completeranno il trattamento. Utile è il catrame anche negli eczemi papulo-vescicolosi ed in quelli nummulari primitivi.

Nelle dermiti eczematose professionali il trattamento si farà soltanto dopo che i fenomeni reazionali sono nella fase di declinazione. L'eczema dei poppanti ne risentirà vantaggio dall'applicazione locale in strato sottile, preceduta da una minuziosa teletta della regione; beninteso in tale forma non si trascurerà di sorvegliare l'alimentazione.

Nelle forme di eczema ipercheratosico plantare o palmare, si dovrà dapprima allontanare l'ipercheratosi mediante applicazioni di soluzioni concentrate di acido salicilico e, nei casi di intensità media, usare la pomata al 10% di catrame. Nel lichen semplice cronico di Vidal (nevrodermite) il prurito scompare per almeno 2-3 giorni dopo la spennellatura di catrame. L'applicazione si rinnova quando il prurito si fa sentire; talvolta il catrame dà in questa ostinata malattia dei risultati che si erano attesi invano con altri trattamenti. Il catrame inoltre, applicato con spennellature discrete od in pomata, fa talvolta scomparire il prurito anale per il suo marcato potere antipruriginoso.

fil.

Nell'eczema delle labbra.

Si manifesta all'inizio con rossore, tumefazione, poi con vescicole ripiene di liquido citrino che si aprono e, disseccandosi, si trasformano in piccole croste giallastre. La malattia può durare soltanto qualche giorno o passare allo stato cronico.

All'inizio, si faranno delle unzioni con una pomata inerte: Talco, Ossido di zinco, ana g. 20, in Vaselina, Lanolina, ana g. 10.

Dopo qualche giorno, spennellamenti con un prodotto a base di catrame; si forma un induito che si tiene per qualche giorno e si leva poi con un tampone imbevuto di etere di petrolio.

Applicare in seguito:

Glicerolato d'amido	g. 10
Ossido giallo di mercurio	cg. 10
Carmino	q. b. per colorare.

Oppure:

Calomelano	
Tannino	ana cg. 10
Burro di cacao	g. 14
Olio di ricino	g. 1
Carmino	q. b. per colorare.

Oppure:

Carmino	gocce X
Tannino	cg. 30
Burro di cacao	g. 15
Essenza di badiana	gocce V

Non trascurare il trattamento generale: regime vegetariano, lassativi salini quotidiani.

(*Journ. des Praticiens*, 27 febbraio 1926).

fil.

Il trattamento della psoriasi.

Lacapère e Montlaur (*Journal des Praticiens*, 6 marzo 1926) consigliano:

1) *Trattamento esterno*. Bagni alcalini (200-250 g. di carbonato di sodio per bagno) ed applicazioni di vaselina salicilica a 1/15: durante 8-10 giorni. Quando le placche di psoriasi si sono distaccate, applicare dei cerati all'olio di cade (da 1/10 a 1/3) oppure delle pomate all'acido crisofanico all'1 %, sorvegliando l'eventuale eritema crisofanico. Fare inoltre due grandi bagni cadici, ogni tre giorni, con olio di cade g. 50, un tuorlo d'uovo, 10 g. di estratto fluido di quillaia ed acqua q. b. per 250 cmc.; da aggiungere all'acqua del bagno; questo dovrà durare un'ora.

Per le psoriasi del cuoio capelluto, pulire la testa con sapone fluido e mettere per la notte delle pomate al catrame a 1/10 o di calomelano a 1/20. Un trattamento che non sporca si può fare mediante il collodio all'olio di cade (collodio all'acetone anidrato g. 20; olio di cade g. 10) per spennellature quotidiane; oppure le vernici crisofaniche (acido crisofanico g. 5, traumaticina g. 45); si applica una volta la settimana e la si sopprime alla comparsa del minimo rossore.

2) *Trattamento interno*. Sono preconizzate le iniezioni endomuscolari di calomelano: calomelano cg. 10; guaiacolo, canfora, ana cg. 5; olio di uliva lavato all'alcool e sterilizzato q. b. per 1 cmc. Si fa un'iniezione per settimana, continuando per 6-8. Hanno pure dato buoni risultati l'énésol e gli arsenobenzoli.

3) *Cura idrominerale*.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La funzione endocrina dell'appendice.

L'appendice non si presenta, dal punto di vista macroscopico, come una ghiandola endocrina; istologicamente, invece, oltre al sistema ghiandolare intestinale ed al tessuto linfoide, si riscontrano anche degli elementi che ne indicherebbero la funzione endocrina, delle cellule argentaffini che sono un eventuale punto di partenza di carcinomi.

Le osservazioni cliniche dimostrerebbero inoltre una certa funzione endocrina dell'appendice; sono da citarsi in proposito quelle di Cignozzi sull'infantilismo da appendicite cronica e quelle di Hertoghe, Dealcour e Morris che ammettono un rapporto fra la meiopragia appendicolare e le disfunzioni tiroidee.

F. Moutiers e R. Fouché (*La Presse médicale*, 28 aprile 1926) riportano diverse osservazioni personali che starebbero in favore delle funzioni endocrine dell'appendice. Sono fra esse: cinque casi di obesità postoperatoria in adulti di 20-30 anni, con aumenti da 14 fino a 52 kg. di peso; tre casi di disturbi di funzione ovarica (amenorrea, dismenorrea, con ipertrofia tiroidea), altri casi di arresto di sviluppo, di vera sindrome infantile, in cui, escludendosi la tubercolosi e la neurastenia si doveva attribuire la sindrome a disturbi endocrini o ad alterazioni complesse del metabolismo. Di interpretazione più difficile è la comparsa della costipazione ostinatissima che è stata osservata dagli AA. e che meriterebbe ulteriori ricerche.

Sembra quindi che una catena endocrina riunisca l'appendice alla tiroide, all'ovaia e forse al pancreas, come del resto risulterebbe anche dai lavori di Fenwick.

Le osservazioni degli AA., caratteristiche ed abbastanza numerose per essere delle semplici coincidenze, additano anche dei nuovi problemi terapeutici specialmente per ciò che riguarda l'ablazione di appendici apparentemente sane e la possibilità di una dissociazione anatomo-fisiologica e clinica delle differenti sindromi appendicolari. Comunque, anche ammettendo la funzione endocrina dell'appendice, specialmente sul trofismo generale, si deve ritenere che essa possa nella maggior parte dei casi venir compensata da altri organi e che quindi la resezione dell'appendice sia, particolarmente nei casi patologici, il più spesso priva di notevoli conseguenze. *fil.*

MEDICINA SOCIALE.

Le opere antitubercolari per i reduci di guerra

A cura dell'Opera Nazionale per la protezione e l'assistenza degli invalidi di guerra, presieduta dal senatore prof. A. Lustig, è stato pubblicato un opuscolo dimostrativo, largamente illustrato, di quanto l'Opera stessa ha specialmente fatto per l'erezione di sanatori, destinati ai combattenti ritornati dai vari fronti con sintomi di infezione tubercolare.

In un primo tempo, per provvedere urgentemente ai gloriosi invalidi ed assicurarne il pronto ricovero, l'Opera stabilì contratti ed accordi con gli enti che già gestivano Sanatori antitubercolari esistenti in Italia, i quali in verità erano ben pochi e non del tutto adatti allo scopo.

Alcuni di questi, quali l'Eremo di Lanzo in un primo tempo e subito dopo Birago di Vische, Cuasso al Monte e Careggi, l'Opera fece definitivamente suoi, modificandoli e migliorandoli.

Procedette quindi ad impiantare nuovi Sanatori secondo i più recenti criteri scientifici, per fronteggiare ai bisogni sempre crescenti degli invalidi. Per assolvere il grave compito, l'Opera do-

vette superare difficoltà non lievi, vinte soltanto per l'ammirevole tenacia di propositi.

Bisogna tuttavia dire che essa, nell'encomiabile attività sua, fu generosamente ed adeguatamente coadiuvata dalla Presidenza del Consiglio del Governo Nazionale che impresse, anche in questo campo, un ritmo più celere e dinamico alle indispensabili pratiche burocratiche.

Ma si deve tosto soggiungere che, per conseguire le proprie finalità, l'Opera non chiese mezzi straordinari nè al Governo del suo Paese, nè a Enti, nè alla pubblica beneficenza (se si eccettui una piccola somma pel Sanatorio di Aspromonte), ma si valse soltanto di elargizioni volontarie che rimanevano inoperose e dei propri mezzi di bilancio, sanamente amministrati, e senza che ne venisse diminuita la disponibilità richiesta dalle esigenze assistenziali di tutta la restante massa degli invalidi, tra i quali i tubercolosi di guerra costituiscono una piccola parte che però ha necessità contingenti ed onerose per la stessa natura dell'infermità.

Sono così sorti i Sanatori « Vittorio Emanuele III » in Arco e « Generale Petitti di Roreto » in Ancarano d'Istria; è in avviata costruzione quello delle Calabrie sull'Aspromonte, mentre fervono i lavori per l'adattamento dell'ex-tubercolosario di Porta Furba a Colonia-Scuola lavorativa per tubercolosi, primo esempio organico in Italia della rieducazione lavorativa dei tubercolosi.

Azione complessa, aspra e difficile, svolta senza tregua e con apprezzabile spirito di abnegazione da tutti i componenti l'Opera e che attesta la soccorrevole sollecitudine e la doverosa riconoscenza nazionale verso quanti contribuirono, con il sacrificio della propria fiorente giovinezza, alla maggior grandezza della Patria.

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 11695:

Consulti per l'*azotemia*: RAIMOLDI: *Esame della funzione renale*. L. 30, Ed. L. Pozzi, Roma.

Per la *glicemia*: I Problemi della Nutrizione, anno I, fasc.I.

MARINO.

Al dott. N. M., da Formello, abb. n. 12560:

Consulti: S. GALBUSERA: *L'igiene delle carni alimentari*. La litotipo-editrice universitaria, Padova. Prezzo L. 20.

fil.

Al dott. F. M., da Montegiorgio:

Consulti: A. FIMIANI: *Compendio di analisi delle urine*, II ediz. Idelson, Napoli. L. 18. SILVESTRINI: *Analisi delle urine*. F. Vallardi, Milano.

fil.

VARIA.

Psicoterapia.

La psicoterapia è la terapia mentale intesa come metodo di cura che adopera mezzi psichici e non come cura di disordini mentali. I principi attivi della psicoterapia sono la suggestione e l'educazione e perciò essa agisce attraverso lo stato emotivo ed intellettivo del soggetto. Si tratta in verità di una distinzione puramente teorica in quanto i due elementi psichici sono praticamente inseparabili.

Anticamente la psicoterapia era la sola o per lo meno la più importante forma di terapia. Con lo sviluppo scientifico della medicina essa perdette terreno rimanendo patrimonio dei ciarlatani. Ora ritorna in onore assumendo carattere scientifico.

La malattia ha influenza sulle emozioni ed è da queste influenzata. Fox Riggs (*New York State Journal Medicine*, 1926, n. 1) enumera queste reazioni reciproche ed indica i mezzi atti a modificarle a beneficio dello stato di salute dei malati.

Per quel che riguarda gli effetti della malattia sulle emozioni occorre prendere in considerazione la reazione istintiva allo stato morboso, gli effetti del dolore e del malessere, gli effetti del confinamento e della incapacità fisica, nonchè le variazioni individuali delle reazioni.

Le reazioni emotive variano in ogni individuo in relazione alla particolare costituzione psicorganica. Ogni uomo reagisce alla malattia in relazione alla propria emotività istintiva, al grado della propria intelligenza in quanto è capace di modificare ed inibire le reazioni emotive, nonchè al grado della sua suggestibilità. In altre parole ogni individuo reagisce alle varie malattie in rapporto alla propria timidità od aggressività, sensibilità o insensibilità, intelligenza o stupidità.

In relazione alle varie tendenze individuali il dolore e il malessere producono differenti effetti. Si avrà innanzi tutto un'accentuazione dell'irritabilità emotiva generale. Ma in via definitiva si avrà sempre uno stato depressivo. Comunque il dolore ha influenze innegabili sullo stato emotivo, producendo effetti più o meno specifici in rapporto alla natura emotiva, alla suggestionabilità ed all'intelligenza del soggetto.

Il confinamento dei malati è un altro elemento capace d'influire sullo stato morboso. Il restringimento dell'orizzonte mentale, la concentrazione dell'attenzione sul dolore, sul malessere o sulle alterazioni funzionali producono una forte tendenza all'introspezione che ingrandisce o accentua le sensazioni patologiche con le conseguenti ripercussioni sullo stato emotivo generale.

Gli effetti emotivi di una malattia dipendono anche dalla capacità individuale a comprenderne la portata, dalla sua prognosi, nonchè dalle conseguenze che la malattia stessa può apportare in atto o come minaccia all'integrità fisica, sociale ed economica. Gli è per questo che le reazioni emotive del paziente variano notevolmente non solo in rapporto allo stato d'intelligenza e di cultura e al temperamento individuale, ma anche alla posizione sociale ed economica del soggetto.

Come le malattie influiscono sulle emozioni, inversamente le emozioni agiscono sullo stato morboso. Dopo tutto non c'è modificazione emotiva senza concomitanti modificazioni di funzioni organiche, le quali non possono non avere influenza sulle condizioni organiche sia normali che patologiche. L'angoscia, la paura, il dolore determinano alterazioni della frequenza del polso, dell'attività vasomotoria, della crasi sanguigna, dell'attività endocrina, dell'azione gastro-intestinale, del tono muscolare. È evidente che queste alterazioni quando si verificano in presenza di una malattia o di un disturbo di organi e sistemi, devono riuscire vantaggiose o svantaggiose.

Da quanto si è esposto risulta che qualsiasi trattamento terapeutico agisce in gran parte per le modificazioni emotive che provoca sul soggetto. Questo reagisce emotivamente non solo alla malattia, ma anche al trattamento. Lo stato emotivo è modificato non solo dalla conoscenza del risultato prognostico della malattia, ma anche dalla conoscenza degli effetti della cura.

Non poca importanza ha l'ambiente fisico. Vi sono luci, suoni, odori che possono riuscire graditi o sgraditi, accettabili o repellenti, favorevoli o sfavorevoli.

D'altra parte il medico deve essere molto guardingo nel raccogliere l'anamnesi, nel procedere all'esame, nel consigliare la cura. Vi sono domande, esami di certi organi, cure che fanno sospettare l'esistenza di gravi malattie e turbano quindi profondamente lo stato emotivo.

La psicoterapia deve proporsi di evitare emozioni sfavorevoli e propiziare invece quelle favorevoli, incutere alcuni sentimenti come la speranza ed il coraggio, adoperare la suggestione favorevole, evitare quella sfavorevole, ed infine guadagnare la intelligente cooperazione del paziente attraverso la sua confidenza.

Perchè un medico possa influire psichicamente sul paziente, occorre che questo sia disposto a ricevere tale influenza, occorre cioè che egli abbia confidenza e simpatia, per il proprio medico. È necessario quindi che il medico abbia prestigio, prestigio che può derivargli dal modo con il quale egli sa trasfondere in altri la convinzione di essere colto, intelligente, buono.

D'altra parte perchè il medico possa trasfondere nel paziente i sentimenti favorevoli, occorre che egli stesso abbia quei sentimenti. Per infondere la speranza, dobbiamo noi stessi sperare, per incutere la fede dobbiamo noi stessi essere fiduciosi. Gli stati emotivi del medico sono assorbiti dai pazienti più per intima ed inconscia imitazione, più per suggestione indiretta che attraverso tutti gli ammonimenti ed insegnamenti. Al riguardo è da osservare che in confronti dei malati più che quel che si fa agisce il modo con il quale si fa, più che quel che si dice agisce il modo con il quale si dice.

L'uso della suggestione e l'eliminazione della suggestione sfavorevole è questione di senso comune e di tatto.

Ci sono disturbi emotivi ed intellettivi legati a processi infettivi e tossici, come le allucinazioni, i deliri, gli stati di eccitamento e di depressione, che possono essere influenzati dalla psicoterapia. Tali disturbi sono molto frequenti nella polmonite, nel tifo ed in genere in tutte le infezioni accompagnate da iperpiressia. Il trattamento mentale di queste condizioni varia in ragione della loro natura ed intensità, nonchè dal temperamento del soggetto. In generale però si adoperano gli stessi mezzi costituenti la psicoterapia, ossia la suggestione e l'educazione.

È inutile o anche pericoloso sforzarsi di dimostrare la irrealtà di un'illusione o di un'allucinazione. Il contrariare il paziente vale alienarsene la simpatia ed aumentare la sua angustia. Per rassicurare un paziente occorre dargli la sicurezza della sua realtà ed integrità. Se un malato dice di vedere ragni sulla parete, più che negare il fatto è meglio infondergli la persuasione che si tratta di ragni innocui.

Le oscillazioni dell'umore devono essere trattate intelligentemente e sempre con dolcezza. Il deridere un paziente per uno stato depressivo ingiustificato, o lo sforzarsi di dimostrare la infondatezza del cattivo umore non ha altro effetto che di accentuare la depressione o abbassare l'amor proprio del soggetto. Occorre invece infondere la convinzione che il dolore psichico è un elemento caratteristico ma transitorio della malattia.

argo.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

XI Riunione dell'Associazione professionale dei Dermosifilografi Italiani.

(Torino, 10-11 giugno 1926).

Contemporaneamente al IV Congresso Nazionale d'Igiene il 10 corr. con largo intervento di congressisti, giunti da ogni parte d'Italia, nell'Aula Magna dell'Università, alla presenza di S. A. R. il Principe di Piemonte, delle autorità civili e militari, si è inaugurata la XI Riunione dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani, con un discorso del presidente prof. Piccardi, il quale accennò ai fini di elevazione di questi specialisti, agli scopi culturali e di profilassi delle malattie sessuali, le quali trovano modo di diffondersi in gran parte per l'ignoranza, per l'incoscienza e per quell'aria di mistero che avvolge questi flagelli sociali. Ma contro di essi ha ora la scienza armi poderose, che, se saranno bene usate, in un periodo più o meno breve dovranno trionfare di una delle maggiori cause di sofferenza individuale, di spopolamento e di degenerazione della razza. Il Governo Nazionale che ha emanato sollecitamente un'ottima legge sanitaria, non potrà mancare di fornire gratuitamente, come fa col chinino per la malaria, i rimedi più atti a trionfare di questa vera calamità sociale, che da quattro secoli incombe sull'umanità.

All'inaugurazione seguì un ricevimento al Municipio, offerto, con la consueta sontuosità da S. E. Etna, commissario prefettizio.

Lo svolgimento del congresso, al quale convennero, oltre il Consiglio di presidenza, Piccardi, Gallia, Martino, Boquicchio e Vercellino, i soci: Montesano di Roma, il prof. Cappelli di Torino, quale rappresentante della Commissione della revisione del regolamento di profilassi antivenerea, Fontana, Pollio, Pollano, Brunetti, Rasero, Ferrari, Scaglione, Lovera di Torino, Porcelli di Livorno, Gaviati di Spezia, Sberna di Firenze, Capellini di Bologna, Travagli di Genova, Pecori di Roma, Cortona di Alessandria, Riva di Roma, Divella di Bari, Mazzolari di Cremona, Segre, Cattaneo di Milano, Pozzo di Udine, Vacca di Cagliari, ecc.; ed aderirono: Pasini di Milano, Lombardo di Pisa, Serra di Cagliari, Freund e Levi di Trieste, Verrotti di Catania, Ramazzotti di Milano, Galimberti e Terzaghi di Roma, Franceschini di Vicenza, Gravagna di Catania, seguì nell'aula dell'Accademia di Medicina, gentilmente concessa dal presidente prof. Negro.

Inviò il suo saluto augurale al Congresso, per mezzo del dott. Travagli l'illustre prof. Morselli. La stampa medica era rappresentata dal « Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilografia », dal « Dermosifilografo » e dalla « Minerva Medica ».

Il presidente dopo aver ringraziato i convenuti, ed inviato un saluto ai presidenti che lo precedettero, i quali mantennero sempre alto il decoro dell'Associazione, fra i quali il compianto Vignolo Lutati immaturamente perduto per la dermatologia e per l'Associazione, annunzia che, con l'approvazione quasi integrale dello statuto e del regolamento del « Premio Locatelli » e l'erezione in ente morale da parte del Ministero della P. I., la vita dell'Associazione è assicurata, sotto l'egida dell'autorità, senza che nulla venga mutato nel suo programma, sicchè, anche senza avere scopi sindacali veri e propri, può continuare a tutelare l'elevazione del dermosifilografo, in armonia con la cultura dermatologica, l'esercizio professionale e la salute pubblica.

Le finanze sono restaurate mediante il pagamento volonteroso delle quote arretrate di quasi tutti i soci; e nuove reclute, ben 17, sono entrate a rafforzare le file dell'Associazione ed a portarle le loro giovani energie.

In osservanza al deliberato della passata riunione, la relazione « Sul coordinamento dei servizi celtici », pubblicata su tre giornali medici « Minerva Medica », « Dermosifilografo » e il « Giornale Italiano », che il presidente vivamente ringrazia, largamente diffusa fra specialisti e generici, è stata presentata al Ministro dell'Interno ed alla Direzione della Sanità Pubblica, la quale stabilì che il presidente dell'Associazione si mettesse in relazione con i membri della Commissione per la revisione del regolamento, e specialmente col prof. Cappelli.

Termina il suo discorso augurando che i giovani, con serietà e fervore d'intenti mantengano questa vecchia Associazione che ormai ha conseguito gran parte delle sue aspirazioni, ma deve ancora percorrere molto cammino, a quell'altezza di dignità a cui l'elevarono e la mantennero i vecchi soci.

Il prof. Montesano ringrazia a nome degli antichi presidenti ed ha parole di lode per l'opera attiva del prof. Piccardi.

Il segretario dott. Boquicchio comunica le adesioni all'inaugurazione ed al congresso ed il cassiere-economo dott. Vercellino dà lettura del resoconto finanziario da cui risultano le floride condizioni dell'Associazione.

Il prof. Fontana svolge il 1° tema ufficiale: *Requisiti necessari ad acquistare il titolo di specialista dermosifilografo ed esercitare la specialità*, posto dal Consiglio di presidenza per combattere l'antica piaga della creazione spontanea di specialisti; e dare ai malati la garanzia che i medici che si dedicano a questo ramo della medicina posseggano veramente la competenza necessaria. Al riguardo è stata emanata una legge, e molte Università fanno dei corsi di perfezionamento per gli aspiranti a questo titolo, ma con vedute e programmi disparati; sicchè sarebbe desiderabile un criterio unico; e meglio un esame di Stato, come

per l'esercizio della professione medica e della libera docenza.

Dopo ampia discussione, cui prendono parte i proff. Montesano di Roma, Porcelli di Livorno, Sberna di Firenze, Boquicchio, Martino e Piccardi di Torino, viene approvato il seguente

Ordine del giorno:

« L'Assemblea, udita la relazione Fontana e la discussione seguita, fa voti:

1) che venga sollecitamente emanato il Decreto-legge definitivo per il conferimento del titolo di specialista e per l'esercizio della specialità;

2) che la sanatoria di cui all'art. 60 del Decreto 25 settembre 1925 sia prorogata sino alla promulgazione del Decreto-legge di cui sopra;

3) che i programmi delle Scuole di perfezionamento siano regolati da norme comuni per tutte le Università, sedi delle Scuole stesse, per ciò che riguarda la durata dei corsi e dell'internato, le tasse di iscrizione e di frequenza, nonchè le materie d'insegnamento, le quali ultime dovranno essere strettamente attinenti alle singole specialità;

4) che l'esame per il conseguimento del Diploma di specialista sia sostituito da un esame di Stato con Commissione centrale unica, da rinnovarsi periodicamente e con disposizioni analoghe a quelle vigenti per il conferimento della libera docenza;

5) che nel trapassato dal vecchio al nuovo regime, e soltanto in linea transitoria, si possa conferire il titolo di specialista a coloro i quali, pur non avendo i titoli e requisiti richiesti dal Decreto-legge 31 dicembre 1923, ne siano dichiarati degni per competenza e per decoro professionale dalle rispettive associazioni di specialisti e specialmente da quelle aventi personalità giuridica e siano state erette in Ente morale.

6) Dà mandato alla Presidenza di presentare ed illustrare questi voti a S. E. il Ministro degli Interni ed a quello della Pubblica Istruzione ».

L'importante e vasto tema dell'*Applicazione del Regolamento di profilassi venerea* trattato dal prof. Gallia, in base ad un *Questionario*, al quale risposero oltre la metà dei soci, non può essere riassunto in poche righe.

Egli, con l'esperienza acquistata nella sua lunga carriera, con la scrupolosa disamina di tutti i mezzi statali per impedire la diffusione dei contagi venerei, toccò tutti i punti dell'arduo problema, prendendo in considerazione la sorveglianza della prostituzione ufficiale, mediante i medici visitatori; la sorveglianza delle prostitute clandestine così dette « tesserate »; la cura gratuita dei malati venerei, mediante i dispensari celtici municipali, e la funzione dell'ispettore, che deve controllare e coordinare i diversi servizi, rilevando lacune ed inconvenienti ed additando i mezzi per evitarli alla Direzione della Sanità Pubblica ed alla Commissione per la revisione del Regolamento. Anche questa relazione, esaurientemente discussa, con emendamenti di secondaria importanza, venne approvata all'unanimità.

Il Congresso si chiuse con un voto di plauso al presidente espresso da Montesano a nome dell'Assemblea, ed un ringraziamento al prof. Negro per l'ospitalità nell'Accademia di Medicina.

R. PINALI.

Per una cassa pensione dei medici liberi professionisti.

Il Direttorio del Sindacato nazionale medici liberi professionisti di Torino ha recentemente votato un ordine del giorno nel quale « udita la relazione del prof. dott. Condio sul progetto per l'istituzione di una Cassa per le pensioni per medici liberi professionisti e loro famiglie, mentre ne approva in massima i concetti fondamentali, fa voti che tutta la classe medica si unisca per lo studio di un progetto definitivo da presentare al Governo, auspicando che questo sia il principio per la formazione di una sola Cassa pensione tra tutti i sanitari del Regno ».

Contro l'abuso di titoli accademici da parte dei dentisti non diplomati.

Il Ministro della P. I., in risposta ad un'interpellanza del Prefetto di Torino, ha dichiarato che i dentisti pratici autorizzati all'esercizio della odontoiatria e della protesi dentaria non possono fare uso nè della qualifica di dottore, nè di quella di medico-chirurgo o soltanto di medico o di chirurgo. Tale qualifica compete esclusivamente a coloro che hanno conseguito una laurea. Ai dentisti abilitati all'esercizio professionale è concesso solo di servirsi del titolo di « autorizzato all'esercizio della odontoiatria e della protesi dentaria » o tutt'al più del titolo di « dentista autorizzato all'esercizio della odontoiatria e della protesi dentaria ».

Scioglimento dell'Associazione medica torinese.

L'assemblea generale straordinaria dei soci dell'Associazione medica torinese, udita la relazione del suo presidente prof. Vaccari, ha votato, all'unanimità meno un voto, il seguente ord. del g.:

« Considerate le condizioni dell'Associazione medica dopo l'approvazione della legge sul riconoscimento giuridico dei Sindacati; rievocate le brillanti lotte sostenute a vantaggio dei colleghi; animata dal desiderio che non vadano disperse utili forze; convinta che in un unico Ente si debbano unire i liberi professionisti perchè sia possibile l'efficace tutela degli interessi di categoria; nella fiducia che il nuovo sistema instaurato dal Governo nazionale sappia resistere al vaglio della pratica applicazione; delibera lo scioglimento dell'Associazione, devolvendo il fondo sociale, a norma dell'art. 23 dello Statuto, alla Cassa per le vedove ed orfani della Società mutua di soccorso fra i medici chirurghi del Piemonte, e, inspirandosi a quei sentimenti altamente patriottici cui si sono informati tanti anni di vita operosa e proficua, confida che i soci vorranno iscriversi alla Sezione liberi professionisti del Sindacato medico fascista, disponendosi a portare anche nella nuova istituzione il loro prezioso contributo di attività e di lavoro a favore della classe ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAONE (*Padova*). — A tutto il 25 lug.; ha. 2444; collina; ab. c. 4200; L. 10.000 e 5 quadr. dec.; trasp. L. 3000; uff. san. L. 600; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15.

BASSANO VENETO (*Vicenza*). — Scad. 31 lug.; primario med.; L. 8000 e 6 trienni ventes.; letti 200. Chiedere annunzio.

BELLAGIO (*Como*). — 2ª condotta; L. 9000 (per 400 poveri, oltre a L. 5 per ogni povero in più); L. 700 indenn. bicicl.; L. 500 per ambulatorio; età mass. 40 a. Scad. 20 luglio.

CAPURSO (*Bari*). — Scad. 18 lug.; L. 9500 elevabili a L. 15,100 dopo 8 quadrienni; tassa lire 50.10; età lim. 40 a.

CARPI. *Congregaz. di Carità.* — Med. chir. radiologo presso l'Ospedale B. Ramazzini; scad. ore 18 del 31 lug.; età mass. 40 a.; tassa L. 25.15; stip. L. 5000, 2 c.-v., indenn. supplem. 10 %, percentuale 40 % incassi lordi; anno di prova; conferme triennali. Divieto di esercizio in altri Ospedali e Case di Cura. Serv. entro 10 gg.

CASTIGLIONE DEL GENOVESE (*Salerno*). — Scad. 20 ag.; L. 7000 e 4 quadr. dec.; addizion. L. 5 oltre 20 % popolaz.; se uff. san. L. 500. Tassa L. 50.15.

CETONA (*Siena*). — 2ª condotta; L. 8500; indenn. trasporto L. 3500; c.-v. di legge. Scad. 20 luglio.

CORREGGIO (*Reggio Emilia*). *Ospedale Civile.* — Scad. 20 luglio. Vedi fasc. 27.

COTRONE (*Catanzaro*). — Condotta; L. 9000 oltre L. 500 per indenn. malaria; età mass. 45 a. Scad. 16 luglio.

FRASCATI (*Roma*). — Scad. 20 lug. Vedi fasc. 27.

FRASSINORO (*Modena*) — Due condotte med. chir. L. 8000 per circa 100 poveri; cavalc. L. 2500. Al titolare della 1ª cond., L. 800 per U. S. e compenso per cure infortunati; c.-v. di legge. Territorio in massima parte montuoso. Scad. 20 luglio.

GAVORRANO (*Grosseto*). — Scad. 15 lug., per Scarlino; L. 9700 oltre assegno complementare rivedibile di L. 1200 e 5 quadrienni dec.

GEROOARNE (*Grosseto*). — Due cond.; L. 7500 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 3; p. cavalc. L. 30 pel 20 % popolaz.; addizion. L. 3; per cavalc. L. 3000; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15. Scad. 23 luglio.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. Vedi fasc. 27.

MOGLIANO VENETO (*Treviso*). *Istituto Pio Costante Gris.* — Direttore sanitario. A tutto il 15 luglio. Vedi fasc. 27.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Al 19 ag. ore 14; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; stip. L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni dec.; addizion. L. 5 oltre il 20 % della popolazione.

OLIVETTA S. MICHELE (*Imperia*). — Con Airole; al 31 lug.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; L. 1000 indenn. ostetr.; L. 500 uff. san.; L. 2000 trasp.; L. 1200 c.-v. Tassa L. 50.15.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Med. prim. dei riparti per tubercolosi. Scad. 10 ag. Assistente effett. di chirurgia; scad. 31 lug. Vedi fasc. 27.

PAMPARATO (*Cuneo*). — Al 20 lug.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15; stip. L. 10,000 e 4 quinquenni dec.; per uff. san. L. 500; servizio entro 10 giorni.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000, 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; indennità carica L. 3000; riconoscimento un terzo dei servizi prestati. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio d'Igiene.

PIEDIMONTE D'ALIFE (*Caserta*). — Condotta residen. L. 7000 con 5 quadrienni dell'1/10; c.-v. di legge. Scad. ore 12 del 20 luglio.

PODENZANA (*Massa-Carrara*). — Scad. 31 luglio. Vedi fasc. 27.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SAN PIER D'ARENA (*Genova*). — Primario med.; L. 6000; nomina quinquennale, conferme triennali fino a 65 anni; docum. a 3 mesi. Scad. 31 lug. Rivolgersi segreteria (Corso Roma).

SERRA S. QUIRICO (*Ancona*). — Scad. 30 lug.; 2ª cond.; ab. 866 agglomer. e 2943 sparsi; iscritti c. 400; L. 8500 e 10 bienni ventes.; L. 2500 cavallo; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Per Carano e tre borgate; ab. 3551; L. 6500 (*sic*) e 1 c.-v.; 5 quadrienni dec. Scad. 30 gg. dal 25 giugno. Età lim. 40 a.

URBINO. — IV condotta rurale; proroga al 20 lug.; L. 9000 e 4 sessenni dec.; c.-v.; addiz. L. 2 da 500 a 1000pov. e L. 3 oltre; serv. att. L. 1500; per cavalc. L. 3000. Tassa L. 50.15.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella 2ª Div. medica. L. 4800; età mass. 35 a.; laurea da almeno 6 a. (eccezione per gli assistenti effettivi dell'Ospedale). Titoli ed esami. Scad. ore 17 del 20 luglio.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Div. Dermosifilopatica. Condizioni come sopra.

VERONA. *Consiglio Ospitaliero.* — Scad. 15 lug.; primario medico della Pia Casa del Ricovero; prim. chirurgo e ortopedico dell'Osped. Infantile Alessandri; prim. radiol. e ter. fis. Osped. Civ. Magg.; prim. oto-rino-laring. id.; per i primi 3 posti L. 4500 oltre L. 1500 serv. att.; per il quarto L. 4000 e L. 1000 rispett.; percentuali. Tassa L. 50.05. Esami. Età lim. 30-50 a.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). — Ab. 1805; altit. 1005 m. al 15 ag. Età lim. 40 a. L. 9500 e 4 quinquenni dec., L. 500 uff. san., L. 800 arm. farm.; tariffa abbientiva.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

La medaglia Ramaer, destinata a premiare lo studioso olondese che abbia maggiormente contribuito ai progressi della neurologia e della psichiatria durante gli ultimi cinque anni, è stata conferita al dott. A. de Kleijn di Utrecht, per le sue ricerche sulle otoliti, il senso statico. i riflessi tonici ecc.

L'« Istituto Imperatore Guglielmo per la medicina sperimentale » di Berlino ha invitato, per un periodo di tre anni, il dott. Fischer, dell'Istituto di Patologia di Copenaghen, quale « ospite scientifico ».

NOTIZIE DIVERSE.

Congresso italiano di chirurgia.

Il XXXIV Congresso della Società Italiana di Chirurgia sarà tenuto quest'anno a Padova nei giorni 25, 26, 27, 28 ottobre p. v.

I temi di relazione saranno: 1) « La chirurgia del simpatico viscerale », relatore il prof. M. Donati (Padova); 2) « La cura chirurgica della tubercolosi polmonare », relatore il prof. Leotta (Bari). Questo secondo tema sarà trattato nella riunione comune con la Società di Medicina interna che avrà luogo il giorno 27, essendo correlatore per la Società di Medicina il prof. F. Galdi (Bari).

Si prega d'inviare alla segreteria non oltre il 10 ottobre il titolo delle comunicazioni che s'intendesse fare sui temi di relazione o indipendentemente da questi.

I soci riceveranno in tempo un elenco per la prenotazione degli alloggi.

Tutti i soci che non hanno ricevuto finora il diploma della Società sono pregati di darne avviso alla segreteria indicando la sede e l'anno dell'ammissione; il diploma potrà essere loro inviato senz'altro.

Congresso della Croce Rossa per l'igiene dei marinai.

Si è tenuta ad Oslo, capitale della Norvegia, una conferenza della Croce Rossa per le misure di salubrità e d'igiene da prendersi in favore degli appartenenti alla marina mercantile. Le nazioni marittime hanno dimostrato grande interesse nei lavori di organizzazione delle condizioni igieniche della gente di mare ed hanno inviato numerosi rappresentanti alla conferenza stessa.

La Società delle Nazioni è stata rappresentata alla Conferenza dal prof. Madsen, presidente del Comitato permanente d'igiene della Società delle Nazioni; l'Ufficio internazionale del lavoro dal suo vice-direttore dott. Butler; la Lega delle Società della Croce Rossa dal direttore generale sir Claude Hill. Parteciparono inoltre alla Conferenza i delegati delle seguenti nazioni: Italia, Germania, Cina, Costarica, Spagna, Francia, Finlandia, Inghilterra, Giappone, Paesi Bassi, Svezia, Venezuela.

La Delegazione italiana era composta del sig. Andresen, delegato permanente della Croce Rossa Italiana ed inviato speciale alla Conferenza di Oslo, e del vice-console Mario Caprino, delegato della Croce Rossa Italiana.

La seduta inaugurale della Conferenza ebbe luogo il 28 giugno. Il presidente della Croce Rossa norvegese, ex ministro Torolf Prytz, dopo aver dato il benvenuto ai delegati delle singoli nazioni, riassunse nelle linee generali il lavoro svolto nella Norvegia: stazioni sanitarie per la gente di mare di tutte le nazionalità sono state istituite in 21 porti norvegesi; ha presentato ai delegati della Conferenza un volume sulle condizioni sanitarie della gente di mare ed anche un progetto per l'equipaggiamento sanitario di ogni singola nave. Ha offerto a S. M. il Re la prima copia di un volumetto che porta il titolo « Il Marinaio - Guida medica della Società norvegese della Croce Rossa ».

La Conferenza ha discusso i rapporti presentati dai singoli delegati sulle condizioni sanitarie nella marina mercantile e sui provvedimenti adottati in Norvegia per migliorare le condizioni sanitarie della gente di mare.

Lega Nazionale contro il pericolo venereo.

Il 23 giugno, nell'Istituto di Fisiologia della R. U. di Roma, si è riunito il Consiglio Direttivo della Lega Nazionale contro il pericolo venereo, presenti: il presidente prof. Bosellini; i consiglieri: proff. Baglioni e Capasso; il cassiere prof. Mieli; il segretario prof. Montesano. Venne affidata nuovamente al prof. Ettore Levi la carica di vice-presidente dell'Unione Internazionale contro il pericolo venereo con sede a Parigi. Venne preso atto della destinazione all'Italia di 500 esemplari del 2° numero del Bollettino di detta Unione perchè siano distribuiti alle persone e istituti cui possano interessare. Fu deciso di assegnare L. 1000 alla Società per lo studio delle questioni sessuali, allo scopo di concorrere alla stampa degli Atti del Congresso della Società stessa tenutosi l'anno scorso a Torino. Fu anche deciso che la somma concessa dal Ministero dell'Interno alla Lega Nazionale, venga adibita a costituire due premi da assegnare in esito a concorsi: uno di indole puramente scientifica, con una somma maggiore; un altro di propaganda antivenerea. Si decise pure di pregare tutti i membri della Lega di voler inviare al più presto i temi e tutte le proposte che credessero opportune circa i due concorsi.

Per la difesa della famiglia.

Abbiamo già dato notizia di una Commissione nominata dal ministro dell'Interno on. Federzoni per studiare e proporre i mezzi di ordine amministrativo e di polizia sociale, atti ad assicurare l'ordine della famiglia contro le molteplici insidie della propaganda neo-malthusiana, empirica e pseudo scientifica. La Commissione è così composta: capo della Polizia grand'uff. Crispo Moncada, direttore gen. della Sanità Pubblica grand'uff. Messea, on. prof. Enrico Pestalozza, sen. del Re-

gno, on. prof. Silvio Longhi, presidente di Sezione della Corte di Cassazione, prof. gr. uff. Pio Pediconi, prof. comm. Romolo Benini, prof. comm. Cesare Micheli, dott. comm. Luigi Miranda e dott. comm. Giuseppe Tedaldi; segretario il dott. Adolfo De Dominicis.

Il Ministro, nell'insediare la Commissione, ha osservato che il complesso fenomeno della volontaria limitazione delle nascite, non assume nel nostro Paese carattere molto grave. Ma il Governo fascista non poteva trascurare di predisporre fin d'ora i mezzi atti a difendere la famiglia italiana dalle molteplici insidie di una propaganda che sfrutta per fini bottegai le preoccupazioni dell'egoismo individualistico e materialistico.

Noi dobbiamo reprimere tutte le deviazioni che possono ferire la sanità morale del nostro popolo e, più ancora, quelle che mirano a infondergli uno stato d'animo e una mentalità che si risolvono in una concezione veramente edonistica della vita, mentre questa è per il fascismo milizia, attività, sacrificio, sottomissione costante degli interessi contingenti e individuali ai fini superiori della nazione.

Il Ministro ha precisato come il fenomeno di una notevole diminuzione delle nascite si sia potuto accertare in alcune provincie d'Italia, dove sono più intensi e tradizionali il movimento dell'emigrazione temporanea e l'influsso di costumi stranieri. Il Ministro ha concluso dichiarando che il Governo, nel promuovere gli studi della Commissione, si ripromette di esaminare con la necessaria attenzione le conclusioni e le concrete proposte che essa crederà di formulare.

Per la lotta contro il cancro.

Il sen. Pescarolo, proseguendo la sua mirabile benemerita lotta contro il cancro, ha elargito nuovamente una somma di 10,000 lire, da attribuirsi per concorso a quattro premi indivisibili di L. 2500 fra i medici del Piemonte, per lo studio clinico-ambientale del cancro e sul decorso clinico dei tumori maligni e specialmente dei carcinomi. Questo concorso ha lo scopo di promuovere la pubblicazione di osservazioni sulla distribuzione dei tumori maligni.

Il Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale San Giovanni di Torino, cui è stata devoluta l'elargizione, nel segnalare l'atto munifico, unisce nella gratitudine il nome dell'insigne sanitario a quello della damigella Teresa Marchini che al centro anticanceroso del S. Giovanni ha donato la Villa Porporata in memoria del compianto suo fratello comm. Francesco Marchini.

Convegno per le questioni eugenetiche e sessuali.

Il 22 maggio si tenne a Palermo un convegno dei soci della Società di Eugenetica, cui parteciparono anche il presidente prof. Silvestro Baglioni ed il segretario prof. Aldo Mieli. Il convegno ebbe luogo nel R. Istituto di Medicinale legale.

Congresso di Fonoiatria e Logopedia.

Il II Congresso della Società Internazionale di Fonoiatria e Logopedia avrà luogo a Vienna nell'Istituto fisiologico dell'Università, IX. Schwarzspanierstrasse 17, dal 15 al 17 luglio sotto il presidio del docente Fröschels (Vienna). I temi principali sono: « Disturbi d'origine centrale in speciale riguardo ai disturbi della lingua » e « Nuovi metodi elettrici per la grafica della lingua ».

Esposizione internazionale in Budapest per la protezione dell'uomo.

È stato diramato il seguente comunicato:

« Apresi in Budapest e durerà fino a settembre c. a. una Esposizione Internazionale per la protezione dell'uomo posta sotto l'Alto Patronato del Governo Reale Ungherese; la quale comprende Sezioni scientifiche, industriali, di commercio e si interessa dell'igiene sociale degli Uffici municipali d'igiene, dei Sanatori, degli Ospedali, dell'igiene degli alimenti e delle bevande e delle abitazioni.

Si prega di avvertire gli interessati che per eventuale partecipazione potranno direttamente rivolgersi al Comitato organizzatore dell'Esposizion in Budapest, Piarista Utea, 6 ».

La Croce Rossa Italiana Giovanile.

La Commissione Centrale della Croce Rossa Italiana Giovanile ha approvato in questi giorni il Consuntivo della gestione 1925 dell'istituzione parascolastica dal quale emerge un notevole incremento della istituzione giovanile della Croce Rossa Italiana, nelle sue varie manifestazioni, da una parte igienico sanitarie come le Colonie e l'assistenza medico-scolastica, e dall'altra, per quanto riguarda le attività più propriamente educative, come l'organizzazione morale e sociale svolta dalle singole unità locali; e l'attività di corrispondenza interscolastica, per la quale, l'on. Pietro Fedele, ministro dell'Istruzione, ha comunicato il vivissimo plauso del Primo Ministro on. Mussolini, per gli alti fini educativi e patriottici con essa perseguiti.

Infine l'istruzione giovanile della C.R.I.G. ha stabilito di bandire ora un concorso, fra tutti i docenti e gl'insegnanti italiani per tre opuscoli illustrati di carattere igienico-educativo, destinati agli alunni delle Scuole Medie ed elementari.

Il centenario di Laënnec.

L'Accademia di Parigi ha preso l'iniziativa di commemorare quest'anno il centesimo anniversario della morte di Laënnec e la pubblicazione della 2ª edizione dell'opera magistrale « Le Traité d'Auscultation ».

È stato creato un Comitato per l'organizzazione di questa cerimonia, che avrà luogo a Parigi dal 13 al 15 dicembre. L'ufficio del comitato comprende: Chauffard presidente; Achard, Calmette, Letulle e Roger vice-presidenti; Roussy segretario

generale; Laiguel-Lavastine segretario generale aggiunto; P. Masson tesoriere. Già molti scienziati stranieri hanno accettato di far parte del Comitato d'onore e promesso d'assistere alla commemorazione. L'omaggio che sarà reso alla memoria di Laënnec non può lasciare indifferente nessun medico e nessuna persona che s'interessi ai progressi della medicina.

Il Comitato organizzatore riceverà con riconoscenza le offerte che gli fossero inviate, all'indirizzo del tesoriere (120 boulevard Saint-Germain, Paris 6e) per celebrare degnamente questo anniversario.

Per onorare la memoria di Laënnec avranno anche luogo varie cerimonie nella Bretagna, il 12 agosto, giorno anniversario della morte, a Ploâre, luogo ove egli è deceduto. Si è costituito un Comitato bretone per regolare queste cerimonie.

Onoranze al prof. Giuffrè.

Il 12 giugno, pel compimento del 30° anno d'insegnamento, fu offerta al prof. Liborio Giuffrè, clinico medico di Palermo, una medaglia commemorativa.

Alla cerimonia parteciparono autorità, maestri, studenti che manifestarono in modo solenne e tangibile il loro affetto e la loro ammirazione pel valoroso ed operoso maestro.

Una medaglia d'oro.

È stata solennemente consegnata dall'amministrazione della Congregazione di Carità di Stradella al prof. Giovanni Masnata, a riconoscimento dell'opera altamente umanitaria da lui svolta durante venticinque anni quale direttore di quel civico ospedale.

Falso sanitario.

È stato arrestato a Roma un avventuriero, a nome Attilio Misuraca, da Napoli, che pur essendo sfornito di titoli accademici, valendosi di falsi documenti e sotto vari nomi, aveva fatto il farmacista a Bugane ed a Fossalta di Piave, nel Veneto; durante la guerra era riuscito ad arruolarsi come chimico e aveva conseguito la nomina a capitano; nel 1925 prestò servizio quale medico condotto interinale a Strada Casentina, e vi rimase per sei mesi; ultimamente aveva in corso le pratiche per il posto di farmacista a Mammola (Gerace Marina prov. di Reggio Calabria).

Il 1° giugno è morto W. MERCK, il quale da 40 anni dirigeva la fabbrica di prodotti chimici che ne portava il nome. Egli ha avuto una parte molto attiva nel considerevole sviluppo assunto dalla produzione di medicinali sintetici, specialmente verso la fine del secolo passato.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 12 dic. — P. PAGNIEZ e al. La contrattilità della milza. — 16 dic. G. LEVEN. Trattam. dell'obesità.

Encéphale, dic. — S. MESSING. Dissociazione dei riflessi vestibolo-oculari. — M. NATHAN. Isterismo e diatesi emotiva.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., dic. — H. KLÜVER. I tipi psicologici. — L. POTTER. Strapazzo fisico e mentale e malattie.

Journ. A. M. A., 5 dic. — H. S. MARTLAND e al. Pericoli delle sostanze radioattive. — W. M. BRICKER. Infezioni ossee attenuate. — H. A. KUHN e al. Il tiosolfato sodico negli avvelenam. da mercurio e altri metalli.

Mediz. Klinik, 18 dic. — L. ASTER. Emopoiesi e ricambio del ferro. — G. DOMAGK. Eziologia dei tumori. — Inchiesta sulla cura della sifil.

Wien. Klin. Woch., 17 dic. — F. MANDOL. L'ulcera gastr. « chirurgicamente inguaribile ». — S. PESCHIÉ. Terapia delle linfoadenosi.

Deut. Med. Woch., 18 dic. — A. WESTPHAL. La pupilla nell'encef. epidem. — S. MOSCHKOWSKI. Il quadro leucocitario.

Münch. Med. Woch., 18 dic. — W. WEITZ e W. KISSLING. Il sale nella dieta degli ipercloridrici. — W. RICHTER. Teoria e prassi delle emopatie.

Acta Med. Scandin., 1-II. — F. LEIRÉ. La sindrome « pallidale ». — H. C. GRAM. Campionamento dell'emoglobinometro mediante il refrattometro. — E. GJETZ e S. HELLERSTRÖM. Tumore del ganglio di Gasser.

Amer. Journ. Med. Sc., dic. — A. R. RICHARDS. La funzione glomerulare. — G. DRAPER. La costituzione e le tossiemie gravidiche. — W. PENFIELD. Il meccanismo dell'angina pectoris e cura chirurgica. — N. J. NOVELLO e a. La putrefaz. intest.

Riforma Med., 14 dic. — A. FERRANNINI. La praticità in medicina. — C. PAPPALARDO. Lambliasi e colelitiasi.

Anales Faculd. Med. (Montevideo), ag. — A. SÁENZ. Spirochetosi intestinale pura.

Presse Méd., 9 dic. — A. LAUDAU e al. Trattam. dell'avvelenam. mercuriale.

Clín. y Labor., nov. — J. M. BELLIDO. Le glandole morfogene e la vecchiezza.

Paris Méd., 19 dic. — Numero sulla fisioterapia.

Arch. Mal. Appareil Digestif, ecc., nov. — P. DUVAL e al. Periduodenite. — CHIRAY e I. PAVEL. L'insufficienza colecistica.

Folia Med., 15 dic. — S. LA FRANCA. Il problema delle costituzioni.

Brit. Med. Journ., 26 dic. — H. RUSSELL ANDREWS. La lombaggine nella donna.

Journ. A. M. A., 12 dic. — V. LEONARD e A. WOOD. L'exilresorcinol come disinfettante intestinale. — J. W. SEVER. La paralisi ostetrica.

Zeitsch. f. Tuberk., dic. — K. BRÜNECKE. La terapia dei saponi nella tbc.

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 dic. — LONG e MOZER. Meralgia parestesica.
Bull. Méd., 23-26 dic. — Numero sull'oto-rinolaringologia.
Giorn. d. Med. Prat., dic. — D. TADDEI. L'estrazione degli aghi infissi nei tessuti.
Boletin dell'Inst. de Méd. Experim., sett.-ott. — A. H. ROFFO e al. Studî sperimentali sul cancro.
Paris Méd., 26 dic. — G. MOURIQUAND. Il bambino malato e la biologia. — SAVIGNAC e SARLES. Coliti e disturbi nervosi.
Rass. Internaz. di Clin. e Ter., sett. A. KNIPFER. Diagn. radiolog. di aneurisma dell'aorta discend.
New York St. Journ. of Med., dic. — T. F. DONOVAN. Trattam. endocrino dei disturbi mestruali.
Giorn. Clin. Med., 31 dic. — I. SACCHETTO. Il solfuro d'antim. colloidale nella terapia della malaria. — L. PEZZOTTI. La « respiraz. diaframmatica posteriore ».
Seuchenbekämpfung, 6. — S. Z. ZLATOGOROFF e F. REDLICH. Eziologia e profilassi della scarlattina. — W. H. HOFFMANN. Eziologia della febbre gialla. — R. KRAUS. Eziologia dei tumori maligni.
Minerva Med., 31 dic. — L. LEVI. Nuova sindrome sensitiva (microestesia e macroestesia).
Practitioner, gen. — Numero sui moderni metodi diagnostici.
Edinb. Med. Journ., gen. — J. PURVES-STEWART. Cooperazione nella scienza.
Münch. Med. Woch., 1 gen. — H. COENEN. Deliquio, collasso e shock nei loro rapporti con il sist. nerv. veget. — E. VOGT. Cure ingrassanti insuliniche.
Zbl. f. inn. Med., 2 gen. — A. TROELL. Press. del sangue nel m. basedowi.
Deut. Med. Woch., 1 gen. — E. LAQUEUR e al. L'ormone dell'estro sessuale. — E. POULSSON. La vitamina liposolubile. — H. CURSCHMANN. Ricambio e neurosi.
Gaz. d. Hôp., 2 gen. — L. LANGERON. I fenomeni di choc.
Riv. San. Sici., 1 gen. — G. GIARRUSSO. La diagn. med.-leg. della sciatalgia.
Journ. de Méd. de Lyon, 20 dic. — Numero sulla terapia.
Mediz. Klinik, 2 gen. — R. SCHMIDT. L'asma costituzion. — L. CASPER. La pielite.
Riv. di Clin. Med., 15 ott. — F. D'ARBELA. L'equilibrio acido-base nelle mal. del feg.
Rev. Méd. Latino-Americana, ott. — Numero sul cancro.
Ann. di Ost. e Gin., dic. — A. GIACCONE. Coagulabilità del sangue in gravid. — G. ALBANO. Cistiti ginecolog. post-operative.
Quaderni di Psichiatr., nov.-dic. — A. RIVELA GRECO. Il senso della forza nelle malattie del sist. nerv. — G. VIDONI. Prassiterapia.
Giorn. Ital. di Dermat. e Sifilogr., dic. — B. SPARACIO. Chimismo del sangue in alcune dermopatie. — D. BARDUZZI. Sulla cura della scabbia. — S. FARINA. Terapia della sifil. per via gastr. con lo stovarsolo.
Gazz. d. Osp. e d. Clin., 3 gen. — G. VEDRANI e C. GALLERANI. Salasso e ipertensione.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp

Sommari di Fascicoli dei periodici di nostra Edizione:

"IL POLICLINICO"

SEZIONE MEDICA
diretta dal Prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 7 (1° luglio) contiene:

LAVORI ORIGINALI:

I. - F. MAJERON: Contributo allo studio della degenerazione cistica dei reni.
II. - R. MENASCI: Contributo allo studio della creatininemia nelle nefriti.
III. - B. RAPINESI: L'eliminazione del cloruro di sodio e dell'azoto nel sano ed in nefropatici, durante la prova della cloruria alimentare.
IV. - M. AREZZI: Sull'intossicazione da solfuro di carbonio. Osservazioni e ricerche sperimentali.

SEZIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. ROBERTO ALESSANDRI

Il fascicolo 7 (15 Luglio 1926) conterrà:

LAVORI ORIGINALI:

I. - A. BONADIES: Sul valore della prova della fenolsulfonftaleina.
II. - E. FORTI: Considerazioni intorno ad un caso di mola vescicolare a rapida evoluzione maligna.
III. - L. M. MORICONI: Lipoma intramuscolare del muscolo gran dorsale di destra nella sua porzione ascellare.
IV. - P. SEU: La colesterinemia nell'uomo dopo la splenectomia.

PREZZO DI CIASCUN FASCICOLO DELL'UNA O L'ALTRA SEZIONE L. 5.

I non abbonati a dette Sezioni Medica o Chirurgica potranno riceverli inviando il rispettivo importo mediante vaglia postale, all'Editore LUIGI POZZI, via Sistina, 14 — Roma.

IL VALSALVA

RIVISTA MENSILE DI OTO-RINO-LARINGOJATRIA
diretta dal prof. **GUGLIELMO BILANCIONI**

Il fascicolo 7 (Luglio 1926) contiene:

Esperimenti e saggi: B. CASELLA: Sulla fatica periferica dell'orecchio. Nuovo metodo di registrazione grafica dei movimenti del timpano.
Anatomia: A. PIAZZA MISSORICI: Rapporti topografici fra istmo della glandola tiroide e anelli tracheali. Ricerche di anatomia umana normale con particolare riguardo alla medicina operativa.
Raccolta di fatti: I. - G. FERRERI: Tumore gigante dell'epiglottide. — II. - M. FABRONI: Otite media purulenta cronica da corpi estranei (frammenti di vetro) penetrati nella regione periauricolare sinistra.
Ricerche di laboratorio: S. TRAINA: Vaccinazione antitifica nell'uomo per via nasale.
In biblioteca.
Recensioni: Tentativi di immunizzazione antidifterica con l'anatossina di Ramon. — La roentgenterapia dell'epitelioma cutaneo secondo il metodo proposto dal Ghilarducci. — Epitelioma maligno in megaesofago. — Due casi di spasmo esofageo. — I plasmoni tonsillari. — Reperti radiografici toracici in luetici portatori di affezioni croniche delle vie respiratorie. — Caso poco comune di lesione luetica dell'oreccio (labyrinthitis syphylitica). — Fistole bronchiali e loro cura. — Un interessante caso di lesione sifilomatosa del labbro inferiore, mercurio-arseno-resistente, guarita col bismuto. — Contributo alla conoscenza del lipoma sottolinguale. — Un caso di cisti del collo di origine branchiogena. — Lesioni della mucosa boccale nel morbo di Darier. — Terapia dell'infezione fusospirillare di Plaut-Vincent. — Studio della rinolitiasi. — La lepra nella Toscana marittima. — La funzione respiratoria negli ozenatosi. — Particolare secchezza della lingua in seguito ad istillazioni vescicali di olio gomenolato. — Anomalia del digastrico importante per la medicina operatoria.
La nota storica: L. PIETRANTONI: Di uno strumento per asportare i polipi nasali ideato e illustrato da Girolamo Fabrizi d'Acquapendente.
Discussioni: A proposito di paralisi laringee associate.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al «Policlinico»: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

N. B. — Ai nuovi abbonati del 1926 a «Il Valsalva» si concede l'intera prima annata (1925) del periodico stesso, per sole L. 20 se in Italia e per sole L. 30 se all'Estero, in porto franco.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

CUORE E CIRCOLAZIONE

Periodico mensile diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI

Il fascicolo 5 (Maggio 1926) contiene:

Lavori originali: I. - G. GALATA': Ricerche sugli effetti cardiovasali degli ostacoli al circolo addominale. — II. - C. NATALI: Un caso di endotelioma primitivo del pericardio.
Rassegne, Riviste, Congressi: **Clinica**: Manifestazioni cerebrali nella tachicardia parossistica. — Studio clinico sulla dilatazione primaria del cuore nella prima infanzia. — Esperienze sul segno fisico del Minerbi per la diagnosi oggettiva della nevrosi cardiaca. — Osservazioni sperimentali sulla tensione arteriosa. — Note sul nuovo fenomeno di sincronismo fra azione respiratoria e cardiaca nella proporzione 1/2. Studio sperimentale. — Blocco auricolo-ventricolare intermittente. — Le bradicardie nei bambini. — Sul Morbo di Ayerza. — Una causa della «ipotensione essenziale». — Le modalità di morte nei diversi tipi di cardiopatie. — **Terapia**: Le basi del compenso e scompenso nelle cardiopatie.

Abbonamento per il 1926: Italia L. **32**; Estero L. **45**. Per gli abbonati al «Policlinico»: Italia L. **25**; Estero L. **38**. Un fascicolo separato L. **3,50**.

N. B. Ai nuovi abbonati del 1926 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le Malattie del cuore» nonchè 1924 e 1925 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **95** se in Italia, e per sole L. **125** se all'Estero, in porto franco.

A richiesta si invia numero di saggio.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

LA CLINICA OSTETRICA

PERIODICO MENSILE
di ostetricia, ginecologia e pediatria, per i medici pratici
diretto dal prof **PAOLO GAIFAMI**

Il fascicolo 6 (Giugno 1926) contiene:

Lavori originali: G. A. BROSSA e S. ZOCCHI: Ricerche sullo stato colloidale del siero nella madre e nel neonato. — C. MERLETTI e A. VIGNALI: Genesi e significato del brivido materno nella morte endouterina del feto.
Fatti e documenti: G. CUZZI: Dismenorrea intermestrua. — I. DI PACE: Tre casi di nevrosi riflessa naso-genitale.
La rubrica degli errori: A. MATERZANINI: Emorragia da rottura di trombo genito-puerperale diagnosticata come emorragia da placenta previa.
Riviste generali: A. SANTONASTASO: L'occhio nella fisiologia e nella patologia della gravidanza.
Dalle riviste: **Ostetricia**: Clinica delle presentazioni a testa estesa. — Parto spontaneo di feti a termine in presentazione di fronte. — Sui pericoli del secondamento artificiale manuale e sulla utilità della compressione aortica. — Necrosi del corpo luteo e vomito incoercibile. — Trattamento dei vomiti incoercibili della gravidanza. — Il trattamento dell'eclampsia col metodo Stroganoff. — Sul valore diagnostico e terapeutico delle iniezioni endovenose di pituglandol. — Gravidanza tripla diagnosticata mediante la radiografia. — **Ginecologia**: L'innesto ovarico e le sue applicazioni in terapia. — Superiorità dell'operazione conservativa sull'operazione radicale nei fibromiomi dell'utero. — Le indicazioni dell'isterectomia precoce dopo l'espulsione di una mola. — La reazione intracutanea del Marteus per la diagnosi di cancro. — Sulla sedimentazione delle ematie. — Per la diagnosi delle infezioni urinarie. — **Pediatria**: Iniezione intracardiaca di adrenalina nella rianimazione di neonati profondamente asfittici. — Il contenuto duodenale del lattante sano durante e dopo la diarrea. — **Note di biologia**: Influenza degli estratti di placenta sulla fertilità della donna. — Influenza dell'ovulazione sulle capsule surrenali. — Corpo luteo ed ormoni follicolari. — Il calcio nel sangue delle eclamptiche. — **Tecnica**: La disinfezione delle mani esclusivamente per mezzo dell'alcool.
Libri.
Varietà: Le vicende attuali della «Limitazione delle nascite».
Interessi professionali: P. GAIFAMI: A proposito di errori diagnostici e della giustizia. — C. CASSIOLI: Un'acefalociste dell'utero che simula una gravidanza e trascina il chirurgo al banco della giustizia.
Notizie.

Abbonamento per il 1926: Italia L. 32; Estero L. 45. Per gli abbonati al «Policlinico»: Italia L. 25, Estero L. 38. Un fascicolo separato L. 3.50.

Inviare Vaglia Postale all'Editore LUIGI POZZI
Via Sistina, n. 14 — ROMA.

ANNO XXXIII — Roma, 19 Luglio 1926 — Fasc. 29

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA diretto dal prof. VITTORIO ASCOLI.

L'ultrafiltrazione come mezzo d'isolamento e di studio delle globuline specifiche per la reazione di Wassermann. (1)

Prof. ENRICO TRENTI, aiuto e docente.

In una precedente comunicazione (2) riferii i risultati di ricerche compiute sui sieri di sifilitici e per controllo su sieri normali, utilizzando l'ultrafiltrazione come metodo di indagine. Dalle esperienze che allora riferii per esteso giunsi alla conclusione che gli anticorpi del siero di sifilitici, capaci di dare la reazione di deviazione del complemento, sono strettamente legati alle globuline del siero e che non sembrava accettabile il concetto che il meccanismo della reazione di Wassermann fosse di natura colloidale, ma piuttosto di natura chimica. Infatti è possibile ugualmente ottenere reazioni positive, sostituendo nei sieri di sifilitici ai sali ed a parte delle albumine; acqua distillata. Nella mia precedente comunicazione osservai anche come agendo sul siero con solfato di ammonio per precipitare le globuline non si poteva escludere che il precipitato trattenesse altre sostanze (lipoidi) che potevano pure avere qualche importanza nel determinismo della reazione.

Ho pensato quindi di estendere le mie ricerche al liquido cefalo-rachidiano, che per la sua composizione meglio appariva adatto a controllare l'importanza delle globuline per la reazione di Wassermann.

Le esperienze sono state compiute sul liquido cefalo-rachidiano normale, su quello di tabetici e di paralitici progressivi, su quello di meningiti sia luetiche che d'altra natura (tubercolari e me-

(1) Comunicazione letta all'Accademia Medica di Roma il 5 giugno 1926.

(2) E. TRENTI. *La reazione di Wassermann sui sieri filtrati per sacchetti di collodio*. Bull. e Atti della R. Acc. Med. di Roma, 1925.

ningococciche). Mi sono servito dell'ultrafiltrazione attraverso membrana di collodio, utilizzando i sacchetti di collodio al 5 %, montati su un tubo di vetro, ed introdotti in un grosso provettone a tubatura laterale, sì da permettere di eseguire una vera e propria ultrafiltrazione con aspirazione e non una semplici dialisi. L'aspirazione è stata fatta con aspiratore ad acqua o elettrico sì da ottenere sempre però una aspirazione corrispondente a 60 cm. di mercurio.

Una prima serie di ricerche è stata compiuta sottoponendo il liquido cefalo-rachidiano *in toto* all'ultrafiltrazione. Compiuta l'ultrafiltrazione introducevo nell'interno del sacchetto di collodio soluzione fisiologica nella stessa quantità di quella del liquido cefalo-rachidiano posto a filtrare, onde mantenere la stessa concentrazione delle sostanze che non avevano attraversata la parete di collodio; indi eseguivo la reazione di Wassermann con la stessa tecnica delle ricerche precedentemente comunicate, tanto sul liquido filtrato, tanto su quello che rappresentava la soluzione o la sospensione in soluzione fisiologica del residuo dell'ultrafiltrazione. I risultati ottenuti e costantemente concordanti si possono così riassumere:

1) *Liquido cefalo-rachidiano normale*. Reazione di Wassermann negativa tanto sul filtrato che sul residuo della ultrafiltrazione, alle dosi da 0,10 a 0,50.

2) *Liquido cefalo-rachidiano di tabetici e di paralitici progressivi e di meningiti luetiche a W. R. positiva completa.* Reazione di Wassermann negativa sul filtrato; positiva completa costantemente sul residuo della filtrazione, impiegando questo alla stessa dose del liquor *in toto*.

3) *Liquido cefalo-rachidiano di meningiti acute non sifilitiche*. Reazione di Wassermann negativa tanto sul filtrato che sul residuo dell'ultrafiltrazione alle dosi da 0,10 a 0,50.

Da ciò emerge la conclusione che le sostanze devianti il complemento nei liquidi cefalo-rachidiani a W. R. positiva si comportano di fronte alla membrana di collodio, come quelle del siero di sifilitici, cioè non l'attraversano.

Una seconda serie di ricerche è stata diretta allo studio del comportamento delle globuline di quei liquidi cefalo-rachidiani nei quali dette globuline sono dimostrabili colla precipitazione mediante soluzione satura di solfato di ammonio. Esse sono state quindi compiute soltanto sul liquido cefalo-rachidiano di tabe, di paralisi progressiva, di meningiti luetiche e su quello di meningiti non luetiche. La tecnica seguita è la seguente:

Precipitate le globuline per aggiunta al liquor di uguale volume di soluzione satura di solfato di ammonio, lasciavo la mescolanza a riposo per 12 ore, indi centrifugavo a lungo sino a raccogliere tutto il precipitato nel fondo della provetta. Allontanato il liquido sovrastante, sciogliedo il precipitato per aggiunta di acqua distillata, essendo sufficiente la quantità di solfato di ammonio presente nel precipitato per aversi una soluzione completa di questo. Il liquido così ottenuto e che racchiudeva globuline + soluzione di solfato di ammonio era introdotto in un sacchetto di collodio e sottoposto all'ultrafiltrazione. Terminata la prima filtrazione, aggiungevo acqua distillata nell'interno del sacchetto di collodio e filtravo di nuovo, e così via sino a che il liquido filtrato non dava più la reazione del solfato di ammonio. Dopo l'ultima filtrazione introducevo nel sacchetto di collodio un volume di soluzione fisiologica uguale al volume di liquido cefalo-rachidiano sul quale era stata eseguita la precipitazione delle globuline. Agitata a lungo la soluzione fisiologica onde assicurare una completa mescolanza di essa con le sostanze rimaste nell'interno del sacchetto di collodio, la prelevavo con l'aiuto di una pipetta, e su di essa eseguivo la reazione di Wassermann a dosi varie da 0,10 a 0,50.

Ho potuto così constatare che con le globuline di liquidi cefalo-rachidiani nei casi di tabe, di paralisi progressiva, di meningite luetica si aveva sempre reazione di Wassermann positiva completa così come usando il liquor *in toto*, ed alle stesse dosi, e che con le globuline dei liquidi cefalo-rachidiani nei casi di meningiti non luetiche (tubercolari e meningococciche) si aveva reazione costantemente negativa.

Ciò porta ad ammettere che la positività della reazione di Wassermann nel liquido cefalo-rachidiano è strettamente legata alle loro *particolari globuline*, mentre nei liquidi cefalo-rachidiani, pure ricchi di globuline, ma a reazione di Wassermann negativa, queste sono incapaci di determinare la deviazione del complemento.

Sembra quindi che esista una specificità delle globuline dei liquidi cefalo-rachidiani nei casi di affezioni luetiche del sistema nervoso, specificità che non si può ancora stabilire se dovuta ad una particolare costituzione chimica delle globuline stesse, o a sostanze nuove strettamente legate alle globuline ed aventi il significato di veri e propri anticorpi.

I risultati di queste ricerche sono in pieno accordo con quanto avevo già notato nelle esperienze eseguite sui sieri, ma hanno il vantaggio di eliminare ogni ipotesi tendente a conferire ad altre sostanze, anzichè alle globuline, la proprietà di deviare il complemento. Infatti nel liquido

cefalo-rachidiano le albumine presenti non sono precipitabili col solfato di ammonio; inoltre mancano in esso tutte quelle sostanze che presenti nel siero rendono meno sicura l'affermazione che solo alle globuline sia dovuta la facoltà di dare positiva la reazione di Wassermann. Di più soltanto le globuline dovute a lesioni sifilitiche del sistema nervoso hanno tale facoltà, dimostrandosene completamente sprovviste quelle la cui comparsa nel liquor è legata a processi infiammatori non luetici.

L'ultrafiltrazione eseguita con l'aiuto dei sacchetti di collodio permette quindi di isolare quelle sostanze alle quali è legata la positività della reazione di Wassermann; sostanze che non è ancora possibile stabilire se siano le globuline stesse modificate; oppure un *quid* specifico legato intimamente alle globuline ed isolabile dal siero e dal liquor insieme con queste.

Pensando che o le globuline modificate in maniera specifica dall'infezione luetica, o un *quid* specifico legato intimamente alle globuline stesse siano la causa della deviazione del complemento nella reazione di Wassermann, ho cercato di agire sulle globuline intaccandole nella loro costituzione mediante la digestione con tripsina.

Senza entrare nei particolari delle esperienze e senza per ora riferire le ricerche compiute anche sui sieri e che formano l'oggetto di altra pubblicazione, accennerò soltanto ai risultati ottenuti mediante la digestione delle globuline isolate dal liquido cefalo-rachidiano nel caso di lesioni sia luetiche che d'altra natura del sistema nervoso e delle meningi. La digestione è stata eseguita con aggiunta di tripsina, senza quindi rendere necessario modificare la reazione del mezzo.

Compiutasi la digestione, distruggevo la tripsina col riscaldamento a 40 gradi, indi eseguivo la reazione di Wassermann sia nel liquido *in toto* così ottenuto, quanto nei prodotti dell'ultrafiltrazione di esso (porzione filtrata e porzione residua). In ogni caso di globuline a reazione di Wassermann positiva completa, ho ottenuto dopo la digestione delle globuline con tripsina, reazione di Wassermann negativa e tanto col liquido *in toto* quanto con i due prodotti dell'ultrafiltrazione di esso.

Si può quindi affermare che il potere di dare la deviazione del complemento proprio di quelle globuline che si isolano dai liquidi cefalo-rachidiani a reazione di Wassermann positiva, è distrutto dalla digestione con tripsina, parallelamente alla trasformazione delle globuline stesse.

Risultato identico ho ottenuto agendo direttamente sul liquido cefalo-rachidiano *in toto*, e sottoponendo poi lo stesso liquido, dopo avvenuta la digestione, all'ultrafiltrazione. La negatività della reazione sul liquido cefalo-rachidiano digerito, e sul residuo dell'ultrafiltrazione fa quindi pensare, insieme con i risultati ottenuti dopo eseguita la digestione delle sole globuline, che la tripsina provochi la scomparsa delle sostanze specifiche devianti il complemento e non filtrabili attraverso la membrana di collodio, tanto dal liquido cefalo-rachidiano *in toto* che dalle globuline isolate in esso.

Dai fatti suesposti emergono le conclusioni seguenti:

1) L'ultrafiltrazione attraverso membrane di collodio può fornire utili indicazioni nello studio del meccanismo della reazione di Wassermann;

2) Ricerche compiute con tale mezzo sul liquido cefalo-rachidiano permettono di affermare che alle globuline è legata la proprietà di deviare il complemento nella reazione di Wassermann, e che solo le globuline dei liquor provenienti da malati di meningite luetica, di tabe e di paralisi progressiva si comportano in tale guisa, mentre le globuline presenti nel liquor per processi infiammatori di altra natura non determinano una reazione di Wassermann positiva. Esiste quindi una dimostrabile specificità delle globuline del liquor nelle lesioni sifilitiche delle meningi e del sistema nervoso;

3) La digestione con tripsina del liquor a reazione di Wassermann positiva, o delle sue globuline annulla completamente il potere di essi di deviare il complemento.

Maggio 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MAURIZIANO UMBERTO I - TORINO.
Labor. Ric. Clin. - Dir. Prof. BRUNO.

Un caso di linfogranulomatosi accompagnato da elevata eosinofilia

per il dott. MATTEO BONANNO.

P. Ernesto, di anni 69, commerciante, ammogliato, ebbe una figlia. Non ebbe a soffrire malattie d'importanza fino a cinque anni fa, epoca in cui insorse un'angina accompagnata a mal d'orecchio destro. L'angina, benchè curata, recidivò diverse volte nello spazio di un anno. Circa 4 anni fa insorse un dolore alla regione inguinale destra, dolore persistente, di modica gravità e che talvolta andò incontro a qualche esacerbamento. Il dolore, dato un lieve sfiancamento dell'anello inguinale destro, si attribuì a punta d'ernia, per cui venne applicato un cinto erniario.

Persistendo il dolore alla regione inguinale destra, ed essendo sopraggiunti dolori alla regione lombo-sacrale i quali difficoltavano la deambulazione, un valente clinico della città diagnosticò una neurite delle branche posteriori, lombo-sacrale di probabile natura luetica; per cui malgrado che la reaz. Wassermann praticata diverse volte sul siero di sangue fosse stata negativa, pure il paziente venne sottoposto a cure energiche antiluetiche ma senza ricavarne alcun miglioramento nei dolori lombo-sacrali ed inguinali.

Circa tre anni fa insorse improvvisamente singhiozzo e contemporaneamente comparve una tumefazione alla regione sopraclavicolare sinistra in corrispondenza del bordo interno dello sternocleidomastoideo, la quale tumefazione raggiunse il volume di una mezza arancia, divenne fluttuante, si accompagnò a febbre, per cui il chirurgo chiamato a consulto giudicò trattarsi di un fatto suppurativo e quindi necessario praticare subito una incisione.

Ebbero esito circa 300 cmc. di pus con scomparsa dopo qualche giorno della febbre e del singhiozzo. Dopo una ventina di giorni la ferita si cicatrizzò completamente.

Tanto l'ammalato che il medico curante non ebbero mai a notare, prima dell'insorgenza della tumefazione, alcuna ghiandola locale ingrossata.

Persistendo i dolori alla regione sacro-lombare e inguinale, venne praticata una radiografia del tratto della colonna creduta interessata e il radiologo diagnosticò un'artrite della colonna vertebrale, con ossificazione dei legamenti trasversi, per cui si credette logico assegnare i dolori lombosacrali all'irritazione delle radici nervose durante il passaggio nei canali intervertebrali.

Attualmente (marzo 1925) l'ammalato che ha dovuto abbandonare le sue occupazioni fin dall'inizio della malattia, si nutre discretamente, non accusa disturbi agli organi digerenti; solo talvolta si presentano periodi di anoressia. Il deperimento costante e lievemente progressivo fin dall'inizio della malattia, a detta dei famigliari, in questi ultimi tempi si è accentuato.

Il paziente riferisce che da circa due mesi è affetto da prurito in corrispondenza degli arti inferiori e del tronco e riesce a mitigarlo solo con applicazione locale di polveri indifferenti.

Apiressia, un po' di tosse con scarso escreato; alvo regolare.

Nel mese di marzo il prof. Valobra chiamato in consulenza nota fra l'altro, oltre a fatti di piodermite da grattamento, molti noduli, della grossezza varia da una lenticchia a un fagiolo, localizzati nel sottocutaneo della pelle del tronco e noduli più grossi in corrispondenza delle regioni inguinali e ascellari.

Per cui consiglia un esame di sangue.

L'esame obiettivo in tale epoca fa rilevare:

Individuo di regolare costituzione, molto deperito, con pannicolo adiposo ridotto e masse muscolari ipotrofiche; cute di colorito giallo paglierino con una certa nuance che tende al bronzino specialmente al collo e al tronco. Si notano agli arti e al tronco leggere lesioni da grattamento.

Si vedono e si palpano sotto la cute della parete anteriore del tronco piccoli noduli della grossezza variabile da un chicco di grano a quella di un fagiolo, distribuiti irregolarmente e in quantità che supera la cinquantina, noduli spostabili, indolenti, di consistenza media. All'inguine, e nei cavi ascellari e alla regione cervicale anteriore si palpano noduli glandulari della grossezza di una nocciola, anche essi mobili indolenti, isolati fra di loro.

Capo mobile in tutti i suoi movimenti; pupille reagenti alla luce e all'accomodamento.

Ipoacusia. Si nota sulla cute che ricopre lo sternocleidomastoideo di sinistra una cicatrice a margini regolari, lunga quasi quattro cm.

La tiroide non si riesce a palpare. Faringe lievemente arrossato.

Appar. respiratorio: respiri 28 al m'.

Basi polmonari poco mobili. L'ascoltazione fa rilevare un respiro polmonare aspro su tutto l'ambito con sibili e rantoli in corrispondenza delle due basi. Rari colpi di tosse con escreato prevalentemente mucoso.

Appar. circolatorio; polso 90 al m', ritmico facilmente compressibile. La percussione sull'aia cardiaca dimostra un lieve debordamento del ventricolo destro. All'ascoltazione, aumento del 2° tono specialmente sul focolaio aortico.

All'addome, tanto il fegato che la milza debordano due dita trasverse mentre il loro limite superiore è normale.

Alvo regolare.

Si nota lieve dolenzia alla regione lombo-sacrale senza poter localizzare speciali punti dolorosi alla pressione.

L'esame del sistema nervoso per quel che riguarda l'esplorazione dei riflessi non rileva nulla di anormale. Apiressia.

L'a. in questo periodo sottostà ad un'alimentazione semiliquida; passa solo poche ore della giornata fuori del letto.

L'esame chimico e microscopico delle orine è stato negativo tranne la diazoreazione leggermente positiva. L'esame dell'escreato negativo per i bacilli di Koch, per la presenza di cellule eosinofile e dei cristalli di Charcot-Leiden.

Esame delle feci negativo per la ricerca del sangue e di parassiti intestinali.

La reaz. Wassermann sul siero di sangue negativa. Deviazione del complemento sul siero con antigene d'echinococco negativa.

L'esame cromocitometrico di sangue praticato in vari periodi di tempo ha dato:

Data	Hb.	Gl. B.	Gl. R.	V. C.	Neutr.	Eos.	Bas.	Linf.	Mon.
20-3-25	46	17.380	3.200.000	0.7	22	68	1	6	3
1 -4-25	46	17.890	3.235.000	0.7	27	63	1	5	3
30-4-25	40	29.760	3.180.000	0.6	20	68	1	8	3
15-6-25	36	22.920	2.980.000	0.6	18	67	2	10	3

Sugli strisci di sangue colorati si nota leggera anisocitosi e poichilocitosi, ipocromia, qualche rara cellula di Türk. Gli eosinofili presentano caratteri tipici: nucleo in quasi tutte le cellule bilobato a bisaccia, in poche a tre lobi e solo in 2 % cellule il nucleo quantunque accenni a strozzarsi pure si presenta ancora unito in modo da far giudicare trattarsi di metamielociti eosinofili. Le granulazioni tipicamente splendenti, voluminose, si presentano in molte cellule non molto abbondanti **come nei** comuni eosinofili in modo da far credere la cellula ancora giovine (Naegeli). In altre cellule polinucleate si notano granulazioni un po' più piccole di quelle già descritte ma certamente più voluminose di quelle che sogliono comunemente infarcire i polinucleati neutrofili. Tuttavia ho compreso tali cellule che arieggiano gli eosinofili tra i polinucleati neutrofili per il nucleo molto più complesso e nettamente diverso da quello degli eosinofili.

I noduletti diffusi per tutto il tronco e ben evidenti verso la metà di marzo, si riducono progressivamente tanto che verso la metà di aprile, quando si persuade l'a. a farsi praticare la biopsia di uno dei noduli, si stenta quasi a trovarne uno facilmene asportabile dato che quasi tutti sono scomparsi non lasciando alcun segno della loro antica presenza. Anche i noduli al collo, alla regione inguinale e ascellare sono lievemente diminuiti di volume. In questo periodo il paziente non è stato sottoposto ad alcun trattamento terapeutico, nè ha avuto alcun accesso febbrile; permane tuttavia il prurito agli arti e al tronco.

I noduletti con gli stessi caratteri e quasi nella medesima quantità sono ricomparsi in giugno. Il paziente deperisce gradualmente; si nutre poco; sensorio un po' attutito finchè il 6 luglio compare un'enterorragia copiosa che diminuisce coi comuni emostatici; dopo qualche giorno le scariche sanguigne si ripetono e l'a. muore. Trattandosi di paziente in clientela privata non è stato possibile praticare l'autopsia.

In complesso si tratta di un paziente di 69 anni la cui malattia si è iniziata circa 5 anni fa con disturbi banali di faringite; compare in seguito una suppurazione alla tiroide di cui guarisce in 20 giorni, si stabiliscono dolori lombo-sacrali e alla regione inguinale, dolori attribuiti ipoteticamente a fatti di neurite sifilitica e come tali curati con nessun giovamento; deperimento non marcato ma progressivo. Dopo quattro anni dall'inizio della malattia, comparsa di prurito, di noduli per tutto il tronco che spariscono quasi completamente per ricomparire senza che questi mutamenti di volume siano accompagnati da variazioni termiche Pigmentazione della cute a tipo addisoniano; leggero grado di spleno ed epatomegalia; enorme eosinofilia (63-68 %) con discreta leucocitosi (17,380-29,760). Morte in apiressia per enterorragia.

Di fronte a una forma morbosa con una sintomatologia così scarsa in un primo tempo, e in seguito con il presentarsi di altri sintomi ma non tali da far scaturire una diagnosi precisa, lo studio di uno tra i sintomi più importanti, l'eosinofilia, sembrò poter condurre a una soluzione diagnostica. Escluso un aumento degli eosinofili prodotto dall'asma bronchiale, da presenza di parassiti intestinali, da echinococcosi sia perchè il tasso degli eosinofili in questi casi non raggiunge mai un grado sì alto come nel nostro paziente e anche perchè le rispettive ricerche di laboratorio e il decorso clinico della malattia escludevano siffatte forme morbose; nè potendosi d'altra parte l'alta eosinofilia mettersi in conto delle lievi lesioni cutanee da grattamento data la loro esiguità; l'attenzione si posò, per una certa rassomiglianza sopra quei casi in cui era presente una enorme eosinofilia e descritti da alcuni AA. francesi e americani.

Aubertin e Giroux riportano la storia di un loro paziente che essi avevano potuto seguire per sei anni e nel quale la diagnosi clinica e il controllo dell'autopsia misero in luce una sclerosi primitiva dell'arteria polmonare. I globuli bianchi oscillavano fra 6,900 e 26,000 con 65-70 % di eosinofili tra cui pochi mielociti. Esisteva leggero aumento della milza ma non ipertrofia delle ghiandole linfatiche.

I suddetti AA. riportano il caso descritto da Stillmann sotto il titolo di « caso di leucemia mieloide con predominanza degli eosinofili ». Si trattava di un uomo di 27 anni che presentava, oltre a pallore e a debolezza generale, anche risentimento dell'apparato linfatico superficiale specialmente a carico dei gangli cervicali e inguinali; si accompagnava anche un certo grado di epatosplenomegalia. Reaz. Wassermann positiva. I globuli bianchi oscillavano fra 118,000 e 165,000 con 60.8 % di eosinofili maturi, 19.4 di metamielociti eosin. e 1.8 % di mielociti eosin. L'A. non accenna ad alcun esame istologico dei gangli linfatici.

Giffin della clinica di Mayo descrive un caso di un uomo di 31 anni che viene ricoverato con una sintomatologia d'insufficienza cardiaca, con epatosplenomegalia e aumento del volume dei gangli ascellari. L'esame del sangue mise in evidenza 15,000 glob. bianchi e 66.3 % di eosinofili maturi. Praticati con esito negativo ulteriori esami per

spiegare l'eosinofilia, viene diagnosticata un'anemia di probabile origine splenica, per cui fu praticata la splenectomia. La milza asportata pesava kg. 2,100 con apparenza macroscopica simile a quella della leucemia mieloide.

A un mese di distanza dall'atto operativo i globuli bianchi da 15,000 erano saliti a 97,200 con 79 % di eosinofili. L'a. morì cinque anni dopo l'atto operativo per polmonite e nel periodo decorrente tra l'atto operativo e la morte i globuli bianchi raggiunsero qualche volta i 208,000 con 90 % di eosinofili. L'autopsia rilevò tra l'altro, aumento di volume delle ghiandole linfatiche; nel midollo osseo presenza di eosinofili in rapporto di 3 mielociti su 10 polinucleari. L'A. come reperto d'autopsia, descrive l'esame istologico della milza, quando invece l'ammalato era stato operato di splenectomia 5 anni avanti. Tale esame della milza avrebbe mostrato all'A. iperplasia cellulare con predominanza di polinucleati eosinofili e scarsi mielociti eosinofili e neutrofili.

Aubertin e Giroux confrontando il caso da loro descritto e quelli descritti da Stillmann e da Giffin, escludendo che si possa trattare di leucemia ad eosinofili e ciò perchè principalmente gli eosinofili in circolo erano maturi, tentano di abbozzare una nuova sindrome che avrebbe come esponente ematologico un'altissima eosinofilia con leucocitosi marcata, talvolta anche « leucemica » e presentantesi in individui con affezione cardiaca dispnoica e che dia luogo ad asistolia a ripetizione ed avente come base anatomo-patologica una iperplasia splenica e gangliare eosinofila.

Senza entrare in merito alle conclusioni tirate dai suddetti AA., la sintomatologia presentata dal nostro paziente non può inquadrarsi in quella dei casi surriferiti ampiamente sia perchè il paziente, pure presentando un apparato cardio-vascolare a caratteri senili, non poteva senz'altro giudicarsi un cardiopatico. Questo dato eziologico è di grande importanza, come fanno notare Aubertin e Giroux i quali tentano spiegare l'eosinofilia della sindrome da loro abbozzata con fatti di anossiemia cronica dipendente dalla cardiopatia; la quale eosinofilia avrebbe ricevuto la conferma sperimentale dalle esperienze di Borgomoletz e Hehn i quali hanno prodotto una notevole eosinofilia negli animali intossicati con ossido di carbonio.

Come causa di eosinofilia è stata anche indicata la malattia di Recklinghausen, di origine costituzionale e frequentemente familiare che si accompagna a formazioni fibromatose dei nervi, a tumori cutanei a tipo di molluschi. Nel caso in questione, è da escludersi questo concetto diagnostico sia per l'età del paziente, per l'integrità dell'apparato scheletrico, come per la natura dei noduli cutanei.

Un lavoro del Bastai sulla eosinofilia costituzionale ci indusse anche a porre in discussione l'ipotesi se per caso l'accentuata eosinofilia nel nostro paziente non dovesse porsi in tale categoria indipendentemente dalla forma morbosa in atto. Il suddetto A. descrivendo un caso di eosinofilia in una giovinetta di 17 anni affetta da infezione setticemica di origine tonsillare (51.5 % eosin. nell'acme della malattia, 27 % a guarigione avvenuta) trovò che anche nella mamma come pure in un'altra sorella esisteva eosinofilia (33-32 %) mentre era assente nel padre, in un fratello, in altre due sorelle. L'A. accenna anche una osservazione personale del prof. Micheli: in un signore di 56 anni, affetto da un certo grado di splenomegalia a cui si aggiunse una sclerosi, cardio-renale che ne determinò la morte, esisteva una enorme eosinofilia (80-82 %) con 20,000 globuli bianchi. La sintomatologia clinica e le varie ricerche praticate fecero escludere che l'eosinofilia fosse l'esponente secondario di una qualche forma morbosa: Il Bastai, con qualche riserva, crede che si tratti anche in questo caso di un'eosinofilia costituzionale.

Ho potuto praticare l'esame del sangue nell'unica figlia del paziente ed ho avuto: emoglobina 64; glob. bianchi 6742; glob. rossi 4,158,000; valore glob. 0.7.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 61 %; polinucleati eosinofili 5 %; polinucleati basofili 1 %; linfociti 30 %; monociti e forme di passaggio 3 %.

Sebbene l'assenza di eosinofilia marcata nell'unica figlia non possa infirmare in modo assoluto il concetto che si trattasse nel nostro paziente di eosinofilia costituzionale (si ricordi il Bizzozzero che per 10 anni esaminando il proprio sangue trovò il 9-19 % di eosinofili, mentre nell'unico discendente, il figlio prof. Enzo, dal Bastai fu trovata una formula ematologia normale); pure la splenomegalia di modico grado, i noduli sottocutanei, la discreta leucocitosi, il prurito e la pigmentazione della cute fan credere con maggior verosimiglianza che l'eosinofilia non sia qui un fatto primario costituzionale ma piuttosto un sintomo in un quadro morboso.

Alcuni AA. hanno trovato in casi di tumori maligni, accanto a una leucocitosi talvolta notevole, anche un alto grado di eosinofilia. Il Naegeli riporta alcuni casi descritti da vari AA.: Strissover in un carcinoma dell'utero con metastasi trovò 54 % di eosin. mentre Csaki in un tumore dell'intestino il 30 % su 31,000 glob. bianchi. Reinbach in un caso di linfosarcoma trovò 60,000 eosin.; Kappis in un carcinoma del polmone 19,430 eosin. mentre Dunger in un caso di carcinoma vi trovava 21,290 eosin. su 35,330 glob. bianchi. In al-

cuni di questi casi vi era compressione del vago. Liebmann in un caso in cui all'autopsia fu diagnosticata una neurite del vago trovò il 50-55 % di eosinofili.

Nel nostro ammalato, i noduli sottocutanei, i fatti cutanei, la cachessia, il lungo decorso della malattia potevano avvalorare l'ipotesi di una forma tumorale latente con manifestazioni secondarie metastatiche sottocutanee oppure quale forma ad insorgenza primitiva sottocutanea.

Si poteva escludere una compressione del vago da parte del presunto tumore con cui potere mettere in rapporto l'elevata eosinofilia come in alcuni casi descritti nella letteratura perchè non vi era alcun sintomo che rivelasse una sofferenza del vago lungo il suo decorso.

Tra le forme tumorali (sensu lato) il linfogranuloma si suole accompagnare a un leggero grado di eosinofilia; ho potuto anch'io constatare, in due casi di linfogranuloma maligno tipici per il decorso clinico e per l'esame istologico di una ghiandola asportata, l'esistenza di un leggero aumento di eosin. (8-10 %).

A vero dire la linfogranulomatosi non si accompagna a un quadro ematologico caratteristico; pure la maggior parte degli AA. che si è occupata dell'argomento, attribuisce un certo valore a un particolare comportamento del numero dei globuli bianchi e della formula leucocitaria.

A parte la forma addominale di linfogranulomatosi in cui spesso s'incontra leucopenia marcata (Micheli, Satta, Cantieri, Isaak, Fabian) nel linfogranuloma maligno è frequentissima la leucocitosi che nella maggior parte dei casi oscilla fra i 10,000 e i 30,000 globuli bianchi. Naegeli riscontrò in 6 osservazioni personali il quantitativo di globuli bianchi oscillare fra 41,000 e 55,400. Si possono avere inoltre modificazioni del tasso dei globuli bianchi durante il decorso della malattia, tanto che a una leucocitosi imponente può seguire leucopenia negli ultimi stadi della malattia quando predominano l'anemia e la cachessia. La leucocitosi talvolta appare quando il decorso della malattia diviene più rapido come anche può comparire fin dall'inizio della malattia.

La formula leucocitaria invece pare che presenti modificazioni più costanti; aumento assoluto e relativo dei polinucleati neutrofili a danno dei linfociti per l'invasione e distruzione da parte del processo morboso dei tessuti linfopoietici. È stato notato talvolta un aumento dei monociti; più costante invero l'aumento degli eosinofili (casi frequentissimi fino al 10 %). Pure sono riportati nella letteratura casi di linfogranuloma con aumento eccezionale degli eosinofili. (Cantieri 40 %; Lincoln 68.20 %; Strissover 42.6 % sopra 28,900 leucociti; Wirz 49 % su 25,000 leucociti.

Se il discreto grado di leucocitosi e l'eccezionale eosinofilia fanno pensare nel nostro paziente alla linfogranulomatosi, il quadro clinico autorizza a porre tale diagnosi?

In favore della linfogranulomatosi parlano:

1) il modico aumento di volume della milza e del fegato. Nella linfogr. quasi nell'80 % dei casi si ha splenomegalia che segue per lo più alla comparsa del'adenopatia. Quest'aumento può essere più o meno spiccato ma non raggiunge mai quello che si suole riscontrare nelle leucemie e può anche variare nel decorso della malattia, in quanto si accentui durante le poussées febbrili e si riduca nei periodi di apiressia. Nel nostro paziente il debordamento della milza non presentò modificazioni sensibili neppure in relazione al regredire dei noduli cutanei.

Anche il fegato si comportò per il volume come la milza.

2) i fenomeni cutanei, quali il prurito e la pigmentazione (tralascio per ora la presenza dei noduli cutanei). Nella linfogr. si suole osservare prurito intenso che tavolta compare come sintomo precoce tanto da spingere i pazienti ad andare dal dermatologo. Talvolta al prurito si uniscono eruzioni cutanee quali l'orticaria, l'eczema, il lichen, l'eruzione zosteriana, ecc.

Inoltre compaiono pigmentazioni circoscritte in modo da formare delle macchie come cloasma; oppure diffuse tanto da dare alla pelle la tinta addisoniana.

Nel nostro ammalato, il prurito che s'iniziò circa otto mesi prima della morte, fu tale che il paziente si produsse una lieve piodermite da grattamento.

Inoltre la pelle presentava una tinta leggermente addisoniana, mentre la pelle del collo e della parte superiore del tronco si presentava molto più pigmentata;

3) la leucocitosi e l'eosinofilia, come già si è detto;

4) il decadimento dello stato generale con anoressia, debolezza, dimagramento fino alla cachessia. Talvolta, come nel nostro caso, questi sintomi generali vengono notati e curati prima che compaia l'ingrossamento delle ghiandole;

5) la diazoreazione positiva nelle orine, cui da molti AA. viene assegnata molta importanza. Essa suole osservarsi per lo più nel periodo cachettico ed è indizio di particolare gravità;

6) il comportamento del volume delle ghiandole linfatiche e dei noduli diffusi sotto la pelle del corpo. Sono di riscontro comune nella linfogranulomatosi le variazioni del volume delle ghiandole tumefatte. L'aumento di esse per lo più coincide colla comparsa di elevazioni febbrili,

mentre nei periodi di apiressia si nota talvolta una notevole riduzione.

Nel nostro paziente le ghiandole tumefatte delle regioni cervicali, ascellari e inguinali nel periodo di tempo tra marzo e luglio presentarono per due volte un discreto aumento seguito a breve distanza da una netta regressione; durante una di tali regressioni avvenuta in aprile anche i noduli diffusi lungo il tronco regredirono di volume tanto da non essere più percettibili alla palpazione ad esclusione di pochissimi noduli della grossezza di una lenticchia.

L'ammalato durante queste variazioni di volume delle ghiandole e dei noduli sottocutanei fu sempre apirettico.

Di fronte a questi sintomi che parlavano in favore della linfogranulomatosi mancava la comparsa di periodi febbrili i quali caratterizzano il quadro clinico di tale affezione morbosa. È noto che la febbre insorge talvolta, sia pure di modico grado, prima della comparsa delle ghiandole tumefatte, accompagnandosi a tumore di milza. In seguito vario è il tipo che può assumere la temperatura: talvolta è a tipo continuo tanto da ricordare il tifo, e scompare per lisi oppure è seguita dal tipo intermittente; oppure può essere a tipo intermittente remittente tanto che può assumere il tipo nettamente etico.

Ebstein ha descritto come tipo speciale che frequentemente si presenta nella linfogranulomatosi, la così detta « febbre ricorrente cronica » (cronisches Ruckfallfieber) caratterizzata da periodi di apiressia di vari giorni seguiti da periodi febbrili.

Si è detto che alle varie alternative della febbre si suole accompagnare una modificazione del volume della splenoepatomegalia e delle ghiandole tumefatte.

Pure il Pel e il Gowers che particolarmente hanno studiato il comportamento della temperatura nella linfogranulomatosi, accanto alla maggioranza dei casi che si accompagna a periodi febbrili che possono assumere diversi tipi, descrivono dei casi, sebbene rari, in cui la febbre fu assente per tutto il decorso della malattia. Anche il Trenti su 13 casi di linfogranulomatosi da lui studiati, ha osservato in 3 pazienti un decorso afebbrile, anche nel periodo in cui il processo si diffondeva ad altre stazioni ghiandolari.

Per cui un decorso apirettico, quantunque non frequente nel quadro clinico della linfogranulomatosi, non può far escludere la diagnosi di linfogranulomatosi.

Quantunque molti sintomi parlino in favore di una forma di linfogranulomatosi, pure l'enorme eosinofilia, il decorso afebbrile, la lunga durata della malattia con interessamento delle linfoghiandole e comparsa di noduli sottocutanei solo quattro anni dopo l'inizio dei primi disturbi, hanno fatto prendere in considerazione, nel formulare un giudizio diagnostico, altre affezioni morbose che presentano sintomatologicamente dei tratti di somiglianza. In primo luogo importanti le adenopatie di origine tubercolare e luetica che molte rassomiglianze, specialmente dal lato istologico, presentano con il linfogranuloma maligno. Accennerò i caratteri differenziali più importanti che possano contrapporsi alla sintomatologia del nostro caso. Il granuloma tubercolare si localizza più frequentemente al collo ma anche può interessare il cavo ascellare e la regione inguinale. I rapporti che assume specialmente colla cute, sono molto diversi che nella linfogranulomatosi in quanto le ghiandole ingrossate contraggono aderenze fra di loro e colla cute stessa andando incontro frequentemente a suppurazione con formazione di fistole, nè subiscono oscillazioni nel loro volume se non sottomesse a cura appropriata. L'esame del sangue dà ordinariamente una linfocitosi; raramente è stata osservata eosinofilia (8 %) quando il granuloma tubercolare evolve verso la sclerosi; non aumento dei globuli bianchi a meno che non vi siano fatti suppurativi in cui oltre alla leucocitosi può osservarsi neutrofilia e monocitosi. Può mancare la febbre mentre è abitualmente assente il tumore di milza e ogni manifestazione cutanea. Nel nostro paziente il comportamento delle ghiandole linfatiche rispetto alla cute e alla variazione del volume, l'assenza di suppurazione, la leucocitosi con linfopenia ed eosinofilia, il leggero tumore di milza e la presenza di manifestazioni cutanee pruriginose e pigmentarie fanno escludere il granuloma tubercolare.

Inoltre la negatività della reaz. Wassermann, l'assenza di ogni dato clinico e anamnestico che faccia sospettare la lue, l'inefficacia della cura specifica, la leucocitosi e gli altri sintomi fanno anche escludere l'ipotesi di granuloma sifilitico.

Tra i granulomi ancora alcuni AA. includono la micosi fungoide che, sia per la struttura istologica che per la distribuzione dei focolari morbosi, vien considerata quasi da tutti un'affezione sistematica dell'apparato linfopoietico. Suole iniziarsi (escluse le forme così dette d'emblée) con il periodo premicosico caratterizzato da fatti cutanei (prurito, eruzioni pruriginose come l'orticaria, eritemi generalizzati) cui segue dopo un periodo vario che va da alcuni mesi a 10-20 anni, il così detto stadio micosico caratterizzato dalla comparsa di formazioni nodulari della grossezza variabile di quella di un pisello a quella di un pugno. Accanto alle forme nodulari si possono

avere infiltrati cutanei diffusi. I noduli spontaneamente possono riassorbirsi e sparire completamente lasciando atrofica la parte su cui s'impiantavano. Spesso si ha suppurazione e ulcerazione dei noduli. Il quadro ematico, pur non essendo caratteristico, presenta spesso eosinofilia (Spttof, Pollano). L'affezione conduce all'esito letale per esaurimento progressivo in pochi mesi o anche dopo parecchi anni.

Clinicamente la sintomatologia e il decorso del nostro caso, molto dubbia rende la diagnosi di micosi pungoide per l'assenza del periodo premicosico, essendo comparsi contemporaneamente il prurito e i noduli sottocutanei. Nè per altro può ammettersi una forma d'emblée sia perchè nel nostro caso la comparsa dei noduli e del prurito non determinò quella tumultuarietà nella sintomatologia e nel decorso tutta propria della forma d'emblée; nè d'altra parte verrebbero spiegati i disturbi generali che per quattro anni precedettero quest'ultimo stadio. L'assenza di cellule di Sternberg all'esame istologico dei noduli, presenti invece nella linfogranulomatosi, fa escludere ancora in modo categorico la micosi pungoide che talvolta clinicamente è difficile differenziare dalla linfogranulomatosi e dalle leucemie.

Non mi fermerò sul gruppo dei sarcoidi, denominazione introdotta dal Weber e infelice a detta del Kauffmann. A questo gruppo appartengono il sarcoide cutaneo di Boeck e il sarcoide sottocutaneo di Darier Roussy. I caratteri macroscopici, la struttura istologica, la non compromissione dello stato generale da parte dei sarcoidi fanno escludere che si tratti nel nostro paziente di questa forma morbosa.

Resta ancora il gruppo delle linfoadenosi leucemiche e pseudoleucemiche. Se l'esame del sangue in una forma leucemica fa scaturire la diagnosi esatta di fronte a un quadro clinico in molti punti comune alle leucemie e alla linfogranulomatosi, così non avviene nelle forme pseudoleucemiche. Non sarà certamente il criterio quantitativo dei globuli bianchi che potrà assumersi quale guida diagnostica, poichè una lieve leucocitosi o anche una leucopenia, ma che si accompagnino a forme immature in circolo della serie bianca, faranno diagnosticare una forma leucemica. Il concetto odierno della pseudoleucemia sia mieloide che linfoadenoide stabilisce un substrato anatomo-patologico identico a quello della classica leucemia ma con assenza della sindrome leucemica del sangue.

Per cui si comprenderà che la diagnosi in vita talvolta è impossibile; a meno che non si pratichi la biopsia delle linfoghiandole, della milza o del midollo osseo.

Anche la diagnosi differenziale con la linfosarcomatosi presenta delle difficoltà. A parte la varietà dei quadri clinici di questa affezione, pure il lungo decorso della malattia, l'assenza di febbre, il modico tumore di milza presentavano nel nostro paziente dei punti di contatto con la linfosarcomatosi. Solamente l'esame istologico poteva decisamente porre fine ai dubbi diagnostici. E infatti la biopsia di un nodulo praticata il 16 aprile dimostrò trattarsi di un caratteristico linfogranuloma maligno; previa fissazione e colorazione delle sezioni, l'esame microscopico fa rilevare discreta produzione connettivale con presenza di fibroblasti, di cellule epitelioidi ricche di protoplasma, di cellule eosinofili a nucleo polimorfo per lo più ammucchiate intorno ai vasi, di linfociti e di caratteristiche cellule giganti di Sternberg con nucleo grosso e ricco di cromatina.

Ricapitolando si tratta nel nostro caso di una forma di linfogranulomatosi a localizzazione varia. La malattia iniziatasi cinque anni prima, con ogni probabilità interessò in un primo tempo le ghiandole retroperitoneali con irritazione delle radici dei nervi lombari. Questo primo stadio si accompagnò, oltre ai fenomeni dolorosi locali, anche ad astenia, lieve deperimento generale, anemia, tanto che il paziente abbandonò le proprie occupazioni.

Il fatto acuto suppurativo interessante la tiroide non può mettersi in rapporto al processo granulomatoso sia per la tumultuarietà e consecutiva guarigione anche perchè non esisteva antecedentemente alcuna ghiandola tumefatta. Dopo un periodo di quattro anni in cui lo stato generale andò gradatamente decadendo, s'inizia il secondo stadio della malattia con comparsa di noduli per tutto il tronco, tumefazione delle ghiandole del collo, dell'ascella, dell'inguine; modico grado di spleno- ed epatomegalia, diazoreazione positiva nelle urine, prurito cutaneo, leucocitosi con elevata eosinofilia, regressione e ricomparsa dei noduli e delle ghiandole tumefatte, pigmentazione cutanea simulante il morbo Addison.

Decadimento generale fino a cachessia.

Localizzazione linfogranulomatosa all'intestino con consecutiva ulcerazione donde enterorragia ed exitus.

Tale è stata la natura e il decorso dell'affezione che produsse la morte del nostro paziente la quale mi parve particolarmente interessante e degna di studio.

Ringrazio l'illustre prof. Valobra che mi ha permesso la pubblicazione e mi ha guidato nella soluzione del caso.

BIBLIOGRAFIA.

AUBERTIN et GIROUX. *Existe-t-il une leucémie à éosinophiles?*

BASTAI P. *Della eosinofilia costituzionale.* Haematologica, fasc. 1, 1923.

CANTIERI. *Su di un caso di linfogranulomatosi.* Rif. Med., 1919.

COLRAT. *Considérations cliniques et etiologiques sur l'adénie éosinophilique prurigène.* Journ. de Méd. de Lyon, 1922.

CSAKI. Wien. Klin. Wochenschr., 1912.

DUNGER. Münch. med. Wochenschr.

FABIAN E. *Ematologia della malattia di Hodgkin.* Deuts. mediz. Wochenschr., 1910.

FAVRE M. et COLRAT A. *Adénie éosinophilique prurigène.* Paris médical, n. 8, 1925.

FELBAUSCH. *Ueber das Vorkommen von eosinophilen Leukocyten in malignen Tumores.* Virch. Arch., 1900, Bd. 161, S. 1.

KAUTER. *Ueber das Vorkommen von eosinophilen Zellen in malignen Lymphom und bei eimigen anderen Lymphdrüsenerkrankungen.* Zentralbl. f. all. Path., Bd., 7, 229.

KAPPIS. Münch. med. Wochenschr., 1907.

KREIBISCH. *Ueber Hautveranderungen bei Pseudoleukämie und Leukosarkomatose.* Arch. f. Derm u. Siph., 1908, Bd. 89, pag. 43.

KREN OTTO. *Ein Beitrag zur Lymphogarnulomatosis cutis.* Arch. f. Dermat. Syphilis, vol. 130, 1925.

LINCOLN. *Hodgkin's disease with eosinofilia.* Boston med. and surg. Journ. 1908, 677.

LONGEHOPE W. J. *A study of the distribution of the eosinophilic leucocytes in a fatal case of Hodgkins's disease with general eosinofily.* Bull. of the Ayer Clin. lab., 1906, vol. 3°, 86.

MILIAN. *Lymphadénose et eosinophilia.* Bull. et Mém. Soc. anat., tome 74, ann. 6me.

NANTA. *Etudes des lynfhodermies et des myelodermies manifestations cutanées des ètats leucémiques et aleucémiques.* Ann. de Derm. et Syph. A. III, 1912.

NOESSKE. *Eosinophile Zellen bei Infektionskrankeiten.* Zeitsch. f. Chir., 1900, Bd. 55, 221.

PEPPER O. H. P. *Report of a case of Hodgkins disease with general Eosiophilia.* Bull. of the Ayer. Clin. Lab. of the Pennsyl. Hosp., 1907, n. 4, pag. 22.

SCHWARZ E. *Die Lehre von der allgemeinen und orthichen eosinophilie* sepat. aus Lubarsch-Ostertag. Ergebnisse d. Allgem. Pathol., 1914.

STRAUSSMANN R. *Hochgradige Eosinophilie des Blutes bei einem malignem Mediastinal Tumor.* Inaug. Diss. Bonn., 1909.

STRISOWER R. *Beiträg zur Kastistik hochgradiger Bluteosinophilie bei einer Karzinomatose und einem Lymphogranulom.* Wiener Klin. Wochens., 1913-16.

TRENTI E. *Il granuloma maligno.* Casa editrice Pozzi, 1925.

WIDOL et LESNÈ. *Adénie avec eosinophilie.* Soc. Méd. d. hôpit. de Paris, 1899, 696.

NOTE E CONTRIBUTI.

CIVICO OSPEDALE DI CESENATICO (FORLÌ).

Ancora sulla cura della tubercolosi osteo-articolare aperta alla Solieri.

Dott. E. CAPECCHI, chirurgo-direttore.

Nell'ultimo Congresso di Chirurgia, tenuto a Roma il 25 di ottobre 1925, il prof. Pieri, con una comunicazione sulla cura della tubercolosi osteo-articolare alla Solieri, oltre che riportare in seno all'assemblea la questione sul metodo, già prospettata da quando il chirurgo di Forlì ne fece il primo accenno al Congresso di Napoli del 1921, ha sollevato anche una lunga ed animata discussione che altri argomenti non erano riusciti a suscitare.

Il Pieri portò alla cura della tubercolosi osteo-articolare col metodo di Solieri un contributo di 14 pazienti con affezioni variamente localizzate e fistolizzate, di notevole gravità, osservati nel periodo di tre anni, limitandosi a dire semplicemente di avere ottenuto in 11 di essi, così trattati, la guarigione completa e il miglioramento negli altri; senza entrare in merito al valore curativo di tale trattamento e alle ragioni che gliene avevano suggerita l'applicazione.

Per ben comprendere quanto andrò esponendo sarà bene che dica subito in breve in che consiste il trattamento in parola.

Il Solieri, in base al concetto formulato dal Magati fin dal 1916 ed alla propria personale esperienza, acquistata in tempo di guerra, e a quella di altri AA. (Ruggi, Magni, Franchini, ecc.) pensò di estendere *la rara medicatio* alle lesioni osteo-articolari aperte.

Il concetto fondamentale sul quale si basò egli lo espresse così: se la immobilizzazione è il primo requisito nella cura di un processo infiammatorio acuto o cronico, tubercolare o no; se la chiusura completa di un'articolazione suppurante in un apparecchio e la sua rara medicazione è efficace ad ottenere la guarigione del processo, com'è dimostrato dall'esperienza, l'immobilizzazione con chiusura in apparecchio di un'articolazione tubercolizzata e fistolizzata con sovrapposta infezione da piogeni dovrà egualmente essere utile.

Dettate alcune norme per la preparazione della regione da includere nell'apparecchio gessato quali lo svuotamento degli ascessi periarticolari, la eliminazione dei sequestri impegnati nei tramiti fistolosi di scarico e il trattamento di essi col liquido del Durante, egli consigliò di tenere applicato l'apparecchio gessato chiuso per un tempo

variabile da 5 a 6 mesi e più e di rimuoverlo all'incirca dopo il primo mese e successivamente ogni due mesi senza preoccuparsi della comparsa delle macchie di pus sul gesso e dello scolo di pus dalle parti più declivi.

Il Solieri inoltre, a spiegazione dei successi terapeutici ottenuti, si limitò dapprincipio ad affermare di ritenere probabile che alla guarigione avessero cooperato la immobilizzazione assoluta e la occlusione la quale, favorendo un processo biologico complesso locale e generale tendente alla svirulentazione dei germi ed alla sterilizzazione del focolaio infetto, sottraeva questo nel contempo alle reinfezioni che ritardano ed ostacolano la difesa e la vittoria dell'organismo.

Da allora fino alla discussione fattane al recente congresso non si è voluto invece tener sufficiente calcolo della grande importanza che nel metodo indicato dal Solieri per la cura della tubercolosi osteo-articolare aperta può avere il fattore vaccinante. L'autore stesso, pur non avendo esclusa l'ipotesi di un'azione terapeutica esercitata dal pus lungamente ristagnante sulla pelle, non gli ha dato tuttavia quel valore che esso merita e al quale, a mio parere, devesi attribuire l'efficacia curativa nonchè la peculiarità del metodo stesso. Che se tale azione non fosse possibile, i soli vantaggi che simile metodo offre, a differenza dei più comunemente usati, quello cioè di tenere costantemente le piaghe e i seni fistolosi al riparo dagli agenti infettivi esterni e l'altro di consentire una facile comoda ed estesa applicazione nella pratica, poco in verità giustificherebbero l'appellativo di « metodo » che il trattamento consigliato dal Solieri certamente merita.

Da quando ho avuto occasione di sperimentare questo metodo (1), io ho pensato che la sua efficacia non consistesse nella protezione della parte ammalata ma bensì in un altro agente ben più importante, quello della autovaccinazione cui vien sottoposto naturalmente il p. con la chiusura dell'apparecchio entro il quale la presenza del pus deve determinare, macerando la pelle all'intorno de' tramiti fistolosi, una vera e propria vaccinazione integrale. E vaccinazione, intendiamoci, *non sieroterapia*, come si è voluto da qualcuno prospettarne la possibilità!

Tale supposizione sorse in me dal rifiorire in questi ultimi tempi di tanta letteratura in favore del valore immunitario della pelle, soprattutto nel campo della tubercolosi, e delle moderne teorie sull'immunizzazione locale in rapporto alla immunità generale.

(1) E. CAPECCHI, *Ueber Behandlung offener Knochengelenkstuberkulose unter Abschluss*, Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, XLVI Band.

La pelle ha secondo moderne ricerche (Böhme, Münch, Pöpelmann, Sahli, Maragliano, Petruschky, Ponndorf) un'alta importanza nei processi morbosi: pare che le sue cellule fabbrichino anticorpi di fronte a germi vari; e che essa abbia non solo semplici funzioni protettive meccaniche e funzioni regolatrici della economia termica ma anche vere funzioni difensive di alto valore biologico, reagendo a modificazioni biochimiche generali le più delicate dell'intero organismo e alcune di queste anzi producendo. Limitandosi al campo immunitario la pelle sarebbe in grado di assumere una immunità generale, estesa a tutto l'apparato cutaneo, per azioni immunizzanti in un punto di esso; e d'influenzare a distanza focolai morbosi in altri organi.

Se la pelle dunque, stimolata, si dimostra capace di fabbricare sostanze difensive, quel materiale di natura batterica e autotossica fluente di continuo dai tramiti di un processo osteo-articolare tubercolare, a contatto obbligato di una cute più o meno estesamente macerata, o almeno intimamente alterata nella sua superficie per il depositarsi di un liquido irritativo, non si potrà logicamente supporre che venga lentamente assorbito e nel frattempo modificato ed elaborato in modo da divenire un materiale vaccinante dotato di proprietà altamente curative?

Se la pelle opera una specie di vera dosatura autoregolantesi; se la pelle, per adoperare la definizione di alcuni AA., è come un filtro, un filtro vivo, biologicamente calibrato che tiene lontane dal focolaio morboso le parti propriamente tubercolari, cioè quelle tossiche e nocive nonchè forse inutili di un vaccino, perchè non potrebbe dosare, filtrare e selezionare le quote puramente vaccinali di un pus tubercolare, misto anche a piogeni, che si sofferma sopra zone cutanee ritenute indiscutibilmente preparate all'assorbimento di un vaccino? A questo proposito vale ricordare che Petruschky, il quale definisce la pelle come una vera macina per batteri, usa da tempo l'applicazione per frizioni della tubercolina sulla pelle intatta vantandone buoni risultati; e che Böhme, fiducioso nel valore disintegrante, filtrante e selezionante della pelle per corpi batterici e tossici, propone tentativi di vaccinazione cutanea con bacilli addirittura vivi.

Sappiamo inoltre tutti che il nostro Maragliano ha da anni, con fine intuito, praticato vaccinazioni intracutanee, seguendo il metodo Jenneriano, però con bacilli tubercolari uccisi mediante il calore; ed in base ad un'esperienza di più che trent'anni sia di clinica che di laboratorio, egli afferma che tutti gli antigeni tubercolari, qualunque ne sia la forma, sono capaci di dar luogo alla produzione di materiali difensivi.

A proposito di uno de' più recenti tentativi di cura della tubercolosi, il metodo del Ponndorf, l'autore stesso, in una nota dal titolo « La guarigione della tubercolosi e delle sue infezioni miste con una vaccinazione cutanea », spiega la sua avversione al metodo sottocutaneo affermando che con quel mezzo la tubercolina viene portata direttamente in circolo ed in tal modo, se talvolta dà dei vantaggi, può però produrre enormi danni. Invece, somministrando la stessa tubercolina attraverso la pelle, questa, e specialmente lo strato delle cellule spinose (organo immunizzatore della pelle), tratterrebbe buona parte del veleno, dandone poi volta a volta, all'organismo quel tanto di cui ha bisogno. La cute produrrebbe per tal modo una specie di opportuno autodosaggio e filtrazione dell'antigene. Quale antigene il Ponndorf impiega una tubercolina concentrata ed arricchita di componenti bacillari autolizzati e, per le infezioni miste, la stessa tubercolina cui aggiunge antigeni antistreptococcici, stafilococcici, antipneumococcici ed antiinfluenzali.

Resta poi di attualità la teoria della immunità antimicrobica sostenuta dal Besredka nella quale il metodo del Solieri potrebbe trovare sostegno alla tesi della azione curativa del pus stagnante entro l'apparecchio chiuso.

Invece di ammettere che la vaccinazione è per l'organismo il risultato della elaborazione di anticorpi, il Besredka si è chiesto se certe infezioni non fossero dei processi puramente regionali provocanti in sito disordini e reazioni i cui sintomi d'ordine generale non ne sarebbero che la eco.

Con questo indirizzo sono state fatte ricerche sulle infezioni da stafilococchi e da streptococchi. Partendo dal principio che nell'uomo, il successo della vaccinoterapia in queste infezioni sia dovuto alla immunità locale, il Besredka ha intrapreso una serie di esperienze sugli animali di laboratorio, specialmente sulle cavie. Iniettando del vaccino antistafilococcico o antistreptococcico a delle cavie per differenti vie e inoculando successivamente culture vive di questi germi sotto la pelle, l'A. ha notato che è la *via cutanea* e non la sottocutanea quella che permette di ottenere la maggiore e più solida immunità.

In base a queste esperienze egli ne ha dedotto il fatto che, agendo direttamente sulla pelle impregnandola di vaccino, si deve arrivare ad identici risultati. Ed infatti così è avvenuto, secondo quanto afferma il B.; il quale ha preso delle cavie, le ha ben rasate nella loro faccia ventrale sulla quale ha fatto agire per quattro ore delle compresse imbevute di vaccino rendendo questi animali refrattari alle infezioni stafilo-streptococciche.

Tali interessanti applicazioni sono state in prosieguo introdotte nella pratica dalla signorina Bass, da Soupault e da Brouet nella Clinica Chirurgica del prof. Hartmann ed estese da altri AA. e soprattutto dal Delater e dal Vaillant ad altri germi (tifo, colera, febbre maltese, peste, carbonchio, ecc.) con risultati che essi vantano utili ed incoraggianti.

Da quanto è stato già detto è logico ritenere che la maggiore efficacia del trattamento del Solieri nelle osteo-artriti tubercolari aperte, come *in qualunque forma di tubercolosi fistolizzata ed ulcerata*, non dev'essere attribuita alla chiusura completa del bendaggio e alla conseguente svirulentazione del processo morboso — fattore anche questo non trascurabile — ma essenzialmente alla autovaccinazione determinantesi per effetto del lungo ristagno del pus sulla pelle macerata nei contorni dei seni fistolosi; la quale, unita alla immobilizzazione della parte colpita — altro fattore importante universalmente ammesso — stimola i poteri difensivi dell'organismo cooperando alla guarigione completa del processo tubercolare.

Concludendo si può affermare:

1) che il metodo consigliato dal Solieri per la cura della tubercolosi osteo-articolare aperta è un trattamento facile, a portata di qualunque medico pratico, applicabile anche e soprattutto nelle forme di notevole gravità come tentativo scongiurante spesso atti chirurgici demolitori, ed estensibile specie in quei malati che per condizioni di famiglia non possono beneficiare di cure sanatoriali o climatiche;

2) che i buoni risultati che si ottengono da tale trattamento sono dovuti, con ogni verosimiglianza, all'influenza che il fattore vaccinante (pus) ha sulla pelle resa da questo vaccinabile (macerazione);

3) che un trattamento del genere, considerata l'azione terapeutica presupposta, può essere esteso utilmente, quando è possibile, a tutte le forme secernenti della tubercolosi chirurgica.

COMMENTI.

La fototerapia e la chemioterapia nella sifilide

pel prof. SALVATORE LICCIARDI,
della R. Università di Catania.

Ho letto nel *Policlinico* (fasc. 22, 1926), una bella recensione fatta dal Furio Travagli di un articolo di Ravant, Basch, Lambling pubblicato negli *Annales de Dermatologie* 1925, in cui si riferiscono gli studi di tali autori intorno all'azione della fototerapia combinata con la chemioterapia nella sifilide.

Essi autori parlano dell'elioterapia e delle radiazioni ultraviolette che sono utili nella sifilide, propinando contemporaneamente dei rimedi antisifilitici chemioterapici (mercurio, arsenico, bismuto).

Vorrei ricordare a tal proposito una mia pubblicazione, che vide la luce nel 1907 sulla *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche* col titolo *I bagni di luce elettrica in terapia.*

Quivi dopo avere riportato la storia dei bagni di luce elettrica e come furono preconizzati dagli Italiani Sciascia e De Renzi e posti in uso e lodati da Kellog, Kalinczuch, Below e Munster, Binder, Rosemberg, Bucholz Hottord ed altri riferivo sul metodo dei bagni di luce elettrica generali e parziali e descrivevo alcuni casi patologici da me curati e guariti con tale metodo fototerapico.

In una seconda parte della suddetta pubblicazione scrivevo di un mio metodo speciale, cioè di bagni di luce elettrica mercurializzati, mettendo in pratica allora ciò di cui adesso parlano i sullodati autori e cioè la combinazione della fototerapia con la chemioterapia.

Il metodo da me applicato era quello di strofinare a seconda dell'infermo o delle lesioni da lui mostrate una maggiore o minore quantità di unguento mercuriale, nelle regioni sottoascellari inguinali, plantari, volari dell'antibraccio dove la pelle è più sottile sino a che la pomata veniva tutta assorbita. Ciò che veniva fatto o da un infermiere all'ammalato, o da questo stesso con le sue mani. Quindi costui si adagiava dentro la cassa del bagno di luce, in cui restava con la testa di fuori e seduto sopra una sedia apposita.

Sull'apparecchio si fa passare la corrente elettrica e contemporaneamente si accendono le lampade che sono attaccate alla parete interna coperta di specchi riflettori dello stesso. Si accendono tante lampade sino a che si arriva alla temperatura di 38° a 39° segnata da un termometro, il cui bulbo sta dentro l'apparecchio.

Così si iperemizza la pelle, se ne dilatano i pari, si agevola la circolazione periferica e quindi l'assorbimento al mercurio strofinato sulla pelle.

Ho curato parecchi infermi con tale metodo ed in essi sono sparite le manifestazioni secondarie come le placche mucose, papule, ecc. Ne ricordo uno con alopecia sifilitica tale Scarlatta, nel quale in seguito alla cura chemiofototerapica non solo l'alopecia non si estese, ma, rivisitato dopo alcuni mesi l'alopecia era scomparsa. Ciò che venne anche agevolato dall'azione stimolante del rasoio sul cuoio capelluto.

Quando per caso dopo parecchie strofinazioni sulla pelle succedeva un eritema per cui queste si dovevano sospendere in allora ho propinato il mercurio per la bocca o come tannato o come protoioduro, ecc.

Ma questi casi sono stati rarissimi, mentre nella massima parte degli infermi curati con il metodo chemiofototerapico ho usato la pomata mercuriale.

In alcuni di essi c'è stato il controllo della sierodiagnosi con la reazione del Wassermann, nel senso che questa dapprima positiva dopo la cura si presentava negativa.

Questo metodo da me adoperato sin dal 1903 e di cui la prima volta svolsi nel 2° Congresso Medico Siciliano tenuto in Catania nell'aprile 1904 e la 2ª volta nel 3° Congresso Medico Siciliano tenuto a Messina nel 1903 e ripeto pubblicato nel 1907 nella *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, questo metodo, dico, ha molti vantaggi sulla cosidetta *Botte di Modica* o sistema Campailla, in cui i pazienti oltre che spesso non possono resistere ai vapori mercuriali, che li privano d'aria, vanno soggetti alla stomatite mercuriale assorbendo i vapori mercuriali per la bocca per cui debbono interrompere la cura.

Laddove col mio metodo i pazienti:

1) usufruiscono dei grandi vantaggi della fototerapia (bagni di luce elettrica);

2) non vanno soggetti a stomatite mercuriale;

3) possono restare nei bagni mercurializzati a piacere respirando per la bocca l'aria ambiente;

4) forse l'azione fototerapica è più completa e più uniforme che non con le lampade a vapore di mercurio che emettono raggi ultravioletti.

Infatti i bagni di luce elettrica agiscono su tutta la superficie del corpo e corroborano l'organismo del paziente. Di questo fu data prova da Bosnier e Dufour che facendo agire la luce elettrica nelle piante le trovarono più robuste e più ricche di clorofilla (*Atti della Società di biologia di Parigi*, marzo 1893).

I raggi ultravioletti emessi dalle lampade non hanno tali azioni trofica e corroborante, ma, per

quanto si voglia non possono agire uniformemente su tutta la superficie del corpo e quindi su tutto l'organismo.

Essi invece possono avere un'azione locale di cui non si nega l'importanza, e per cui sopra una data superficie del corpo si può permettere all'organismo come ben dice il Furio Travagli una utilizzazione di medicamenti riusciti prima inefficaci. Giacchè non si può negare che la fototerapia agevola la chemioterapia e, ripeto ancora una volta, senza diminuire l'efficacia dei raggi ultravioletti si può ammettere che la chemioterapia combinata con la fototerapia dei bagni di luce elettrica è più efficace dell'altro sistema.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Dolori viscerali e dolori riferiti.

(RYLE. *Lancet*, 1926, 1° maggio).

Il meccanismo del dolore viscerale ha avuto una doppia interpretazione. Secondo Mackenzie il dolore non è sentito dall'organo ma è riferito ai tessuti somatici innervati dallo stesso segmento midollare che innerva l'organo. Secondo invece Ross ed Hurst i visceri sono suscettibili di sensazioni dolorose in presenza di stimoli appropriati.

Ryle assume che ci sono dolori viscerali sentiti dall'organo malato; che il dolore viscerale è dovuto ad abnorme tensione dell'elemento muscolare della parete del viscere, tensione determinata o dalla contrazione delle fibre muscolari o dall'eccessivo contenuto del viscere; che il dolore viscerale quando è isolato può essere esattamente localizzato dal paziente; che il dolore somatico riferito, la dolenzia, i riflessi viscero-motori sono più frequentemente l'espressione di lesioni infiammatorie degli organi; che quando sono persistenti tali disturbi rappresentano sempre sintomi di malattie organiche di natura infiammatoria.

Che gli organi abbiano una propria sensibilità diretta è provato dal fatto che in condizioni fisiologiche sono sedi di sensazioni affatto particolari. Nello stomaco localizziamo la sensazione dell'appetito e della fame, di peso e di pienezza, che sono sensazioni specifiche e che non si localizzano mai in altri organi e tessuti. Esse sono state messe in relazione con le modificazioni del tono e della peristalsi gastrica, o anche con lo stato di tensione della parete muscolare dello stomaco. Se l'appendice e la cistifellea sono insensibili nello stato di salute, se l'intestino è in grado di avvertire solo la distensione provocata dalla flatulenza, il retto invece apprezza decisamente lo stato di ripienezza ed il bisogno di svuotamento è accompagnato da una sensazione quasi dolorosa affatto particolare, nettamente localizzata e che non può essere neppure lontanamente paragonata ad altre sensazioni. Così la sensazione di desiderio della minzione è sentita nell'uretra e nella vescica quando sono iperdistese.

I visceri addominali allo scoperto non avvertono dolore alla pressione, alla puntura, al taglio, alla scottatura. Lo stesso è stato dimostrato recentemente per il cuore. È ovvio perciò che non avendo la mucosa gastrica ed intestinale sensibilità tattile ed avendo solo una scarsissima sensibilità termica, non si può avere coscienza del passaggio degli alimenti e delle bevande e dei normali processi di digestione. Hurst ed i suoi collaboratori dimostrarono la insensibilità della mucosa gastrica e rettale agli stimoli tattili, termici e chimici. Da ciò s'inferisce che se i visceri sono sensibili, la sensibilità non ha sede nella sierosa o nella mucosa ma nella loro tunica muscolare. Comunque gli organi hanno una sensibilità specifica, come gli occhi l'hanno per la luce, la pelle per il tatto, per il calore, ed i muscoli scheletrici hanno il senso di posizione, di tensione, di sforzo, quantunque siano insensibili alle punture, al taglio, al calore. Non c'è alcuna necessità che i visceri avvertano gli stimoli tattili e termici, ma è vitalmente indispensabile che essi avvertano lo stato di pienezza e di distensione, e di questa sensibilità essi sono dotati. In effetti il senso viscerale è un senso muscolare. La sensazione di ripienezza e di stiramento corrisponde alla sensazione di posizione e di tensione di un arto. Il dolore nell'uno e nell'altro caso è l'effetto dell'iperdistensione delle fibre muscolari liscie o striate. Ed in realtà il dolore viscerale è sempre in rapporto ad aumento della pressione intraviscerale e della tensione della tunica muscolare.

Che gli organi interni abbiano una sensibilità propria e diretta è provato dal fatto che il dolore gastrico e le coliche intestinali sono sentite internamente, che le sofferenze viscerali d'origine meccanica, come le coliche renali e biliari, sono avvertite molto profondamente.

La grande maggioranza di dolori viscerali non infiammatori sono raramente accompagnati da dolori superficiali riflessi, mentre questi ultimi e la relativa sensibilità ed iperestesia cutanea si hanno nelle lesioni infiammatorie.

È interessante prendere in esame al riguardo il contegno dei pazienti nell'indicare la sede de' dolore, in quanto questa generalmente non corrisponde al segmento cutaneo ma alla superficie che ricopre l'organo. Così il paziente di angina pectoris metterà la mano serrata sullo sterno per

indicare l'origine aortica del dolore e forse con l'atteggiamento della mano indicherà il carattere costrittivo del dolore stesso. Il dolore cardiaco invece è indicato dall'applicazione del palmo della mano sulla regione sottomammaria. Il dolore dell'ulcera gastrica è indicato dall'applicazione di due o tre polpastrelli sul punto medio-epigastrico o un po' più a sinistra, il dolore dell'ulcera duodenale su un punto a destra della linea mediana. Nella colica renale la mano indicherà la regione lombare con le ultime quattro dita indietro ed il pollice in avanti, quasi ad indicare che il dolore è profondamente avvertito e proprio nella regione occupata dal rene. Così la localizzazione del dolore nelle affezioni della cistifellea e dell'appendice, quando non coesistano fatti infiammatori o disturbi gastrici o intestinali, è ben precisa. La posizione di un calcolo nell'uretere può essere ben definita in base alla localizzazione del dolore. I dolori intestinali sono meno bene localizzabili, ma quando c'è occlusione in punti più o meno fissi come la curva epatica, splenica o sigmoide del colon il dolore ha una sede ben definita.

Deve però essere concesso che i fenomeni riflessi di affezioni viscerali sono meglio definiti nelle forme gravissime di dolore viscerale o quando coesistano malattie infiammatorie. Il dolore al braccio nell'angina, il dolore sottoscapolare nella colelitiasi, il dolore testicolare nella colica ureterica sono esempi classici del primo gruppo, mentre del secondo sono esempi l'iperalgesia cutanea e la contrazione muscolare nell'appendicite e nell'ulcera gastrica cronica. Questi fenomeni riflessi di rado sono espressione di affezione viscerale di natura funzionale, quasi sempre accompagnano alterazioni organiche locali. Per modo che il dolore veramente viscerale è l'espressione d'una perturbazione della funzione dell'organo, che può o non può essere dovuta a malattia organica locale, mentre i fenomeni somatici riflessi sono generalmente l'esponente di una lesione materiale della parete del viscere.

Il dolore dell'ulcera duodenale, di solito rodente o come senso di grande pressione, si verifica quando lo stomaco è quasi vuoto ed il suo muscolo per azione tonica riflessa è abnormemente teso. Il dolore si attenua quando lo stomaco modifica la sua posizione o si rilascia per l'introduzione di alimenti o di liquidi, o quando la pressione intragastrica è ridotta dallo svuotamento completo.

Il dolore dell'ulcera gastrica si ha quando la tensione di certe fibre muscolari per contrazione riflessa o per retrazione cicatriziale dell'ulcera, è aumentata dall'introduzione di alimenti.

I sofferenti di ulcera spesso dicono che questi dolori sono accompagnati o seguiti da una certa sensibilità ed iperalgesia dell'epigastrio. Nella grande maggioranza dei casi si rileva dolenzìa somatica profonda e solo in pochi casi si riscontra iperalgesia superficiale e profonda della pelle, tensione muscolare di uno o ambo i retti ed accentuazione del riflesso addominale di un lato. Questi segni sono più facilmente dimostrabili durante o poco dopo il dolore. I segni stessi hanno senza dubbio un significato di protezione e sono dovuti agli stimoli che partendo dall'area ulcerata raggiungono il midollo, e quantunque possano essere destati o aggravati dalle contrazioni della parete gastrica che causano il dolore viscerale profondamente localizzato, non hanno alcun rapporto diretto con le contrazioni stesse. Il dolore del cancro, quantunque superi in gravità quello dell'ulcera, di rado è accompagnato da sensazioni dolorose cutanee e da contrazione muscolare. Ciò può spiegarsi con il fatto che l'ulcera corrode e distrugge le fibre muscolari sulle quali trovansi le terminazioni nervose, mentre il tumore s'insinua tra le fibre senza distruggerle. Quando la contrazione di difesa è presente nel cancro, essa è di solito bilaterale, mentre nell'ulcera gastrica è localizzata a sinistra e nell'ulcera duodenale a destra. Nell'ulcera gastrica posteriore il dolore riferito è localizzato al dorso in corrispondenza delle ultime costole. Nella gastrite semplice raramente vi sono segni somatici perchè la lesione non interessa lo strato muscolare.

Il dolore della colica biliare è riferito alla regione della cistifellea in corrispondenza della nona cartilagine costale. Si tratta di un dolore, la cui intensità aumenta progressivamente, e spesso accompagnato da dolore gastrico. Quando c'è calcolosi biliare e colecistite cronica spesso si ha dolore gastrico ricorrente, più intenso di notte, simile a quello dell'ulcera o dipendente da disturbi riflessi della motilità gastrica. I disturbi viscero-sensitivi della colecistite, con o senza calcolo, consistono in sensibilità al quadrante superiore destro dell'addome, in dolore alla regione sottoscapolare destra ed intrascapolare, e dolenzìa alla regione dorsale del rachide e lungo l'undecima costola destra. La difesa muscolare nei casi acuti può giungere fino alla rigidità, mentre nei casi subacuti si limita ad accentuazione del riflesso addominale destro. Il dolore alla spalla ritenuto come segno di calcolosi biliare è invece presente nei casi d'infiammazione diffusa alla superficie inferiore del diaframma e nella pleurite diaframmatica: si ha negli ascessi epatici e subfrenici e talora è il primo sintoma dell'ulcera perforante dello stomaco.

Il dolore appendicolare può assumere varie forme. Nell'appendicite acuta a tipo infiammatorio,

nella quale in seguito ad infezione della mucosa e sottomucosa, si ha iperemia generale dell'organo con o senza formazione di pus, oltre il dolore viscerale, si ha iperalgesia cutanea, difesa muscolare o rigidità e piressia. Nel tipo gangrenoso il dolore viscerale è generalmente più grave, mentre possono mancare i sintomi somatici e le piressie. In ambo i tipi, quando l'appendice si rompe, si può avere cessazione improvvisa del dolore viscerale, il che proverebbe che questo dolore è determinato dall'eccessiva tensione cui è sottoposto l'organo. Nel tipo gangrenoso non solo il lume ma anche i vasi sanguigni dell'appendice sono ostruiti, e l'assenza o scarsezza dei disturbi somatici può mettersi in conto dal fatto che in primo tempo il disordine è di natura meccanica e che successivamente interviene l'ischemia dell'organo.

I dolori intestinali sono generalmente periodici, ma possono essere continui nelle lesioni occlusive dell'intestino grosso. A meno che non si tratti di fatti ulcerativi o infiammatori, mancano di solito i disordini sensitivi cutanei e la difesa muscolare. Questi sintomi possono trovarsi nelle ulceri tubercolari ileo-cecali e nelle diverticuliti del colon, ma sono rari nelle occlusioni meccaniche e nel cancro. Head li ha trovati presenti nel tifo, mancanti nelle coliche saturnine, il che confermerebbe che il dolore viscerale è dovuto alla tensione muscolare, mentre i dolori riferiti e l'iperalgesia cutanea sarebbero dovuti al processo infiammatorio.

Il dolore renale ed ureterico è nettamente localizzato alle corrispondenti regioni quando è dovuto ad un disordine puramente meccanico. Il dolore testicolare depone sempre per una lesione ulcerativa o infiammatoria dell'uretere.

Nella dismenorrea e nel parto, come nelle affezioni organiche dell'utero, generalmente si ha dolore nella regione sacrale, il quale, quando si ha lesione tubaria, si diffonde lungo le coscie alle ginocchia, nelle zone innervate dell'undecimo, dodicesimo e primi tre segmenti lombari.

Tenuto conto della grande frequenza delle cardiopatie si deve concludere che il dolore cardiaco è piuttosto raro. Forse è più frequente nelle affezioni funzionali che nelle malattie organiche. È localizzato alla regione sottomammaria ed è spesso accompagnato da sensibilità dell'area precordiale.

Non si hanno ancora dati positivi per precisare la sede di origine del dolore anginoso. Gli argomenti che militano a favore dell'origine aortica o coronaria sono: 1) la localizzazione del dolore sull'aorta, alla base del cuore e non nell'area precordiale; 2) il fatto che spesso costituisce il sintoma iniziale dell'aortite sifilitica; 3) la sua presenza nell'aneurisma aortico e nei vizi valvolari aortici; 4) la sua assenza nei vizi delle altre valvole, nelle affezioni miocardiche e nelle insufficienze cardiache; 5) il suo prolungamento quando agiscono fattori che aumentano la pressione endoarteriosa e la sua cessazione con la vasodilatazione; 6) la sua frequenza nell'ipertensione; 7) la cessazione spontanea quando l'energia cardiaca s'indebolisce; 8) i suoi riferimenti segmentari non corrispondono ai segmenti d'innervazione del cuore; 9) la sua analogia con altre forme di dolore arterioso.

L'angina pectoris è verisimilmente dovuta ad aumento di tensione della parete aortica o delle coronarie, dipendente non da spasmo ma da insufficienza di rilasciamento in rapporto all'aumento della pressione ed alle richieste dell'accresciuto sforzo del cuore. Recenti osservazioni hanno dimostrato che lo stato anginoso (o angina prolungata) è dovuto a trombosi o embolia delle arterie coronarie. Si ha così un'analogia con la trombosi poplitea, nella quale il dolore è a carattere anginoso, e nella quale i vasi sono profondamente lesi e le parti da essi irrorati cadono in necrosi ischemica. Si ha anche l'angina cruris, nella quale il dolore si calma con il riposo.

I dolori riferiti sono più intensi e più persistenti nel'o stato anginoso che nell'angina ordinaria, così come lo sono nella colecistite che nella calcolosi biliare non complicata. Vi sono angine a tipo funzionale, tabagiche o emotive, che sembrano dovute a disturbi dell'innervazione vasomotoria. L'area nella quale hanno sede i dolori riferiti nell'angina e nello stato anginoso sono il petto di sinistra, la superficie interna del braccio, del gomito, dell'avambraccio ed anche le dita, raramente il braccio destro o ambo le braccia, la nuca e la gola. I segmenti interessati sono l'ultimo cervicale ed i primi due o tre dorsali.

Le considerazioni su accennate hanno notevole importanza per la pratica. La tendenza della medicina moderna è di aggredire il male al suo primo manifestarsi. Da ciò un maggiore rilievo da darsi ai sintomi in confronto dei segni, in quanto i primi sogliono precedere i secondi. Il medico oltre che addestrato nel rilievo dei segni deve sapere bene raccogliere ed analizzare i disturbi subiettivi. Deve pertanto essere ben preciso nell'accertare l'inizio, il carattere, la localizzazione del dolore, la sua periodicità e investigare le cause che lo mitigano o lo aggravano. Si devono cioè prendere in esame e ben vagliare le seguenti quistioni in rapporto ai dolori viscerali: situazione, diffusione, carattere, intensità, durata, frequenza, fattori aggravanti, fattori mitiganti. Oltre a ciò si devono fare indagini in merito ai dolori riferiti, superficiali e profondi. Non è senza importanza tener conto anche delle

condizioni psichiche dei singoli soggetti, in quanto essi possono tendere inconsciamente a dare maggiore o minore importanza ai loro disturbi, e quindi a deviare l'attenzione dell'esaminatore sul fatto principale.

DR.

SECREZIONI INTERNE.

Gli ormoni omo-organici.

(C. RICHET. *Presse médicale*, 1926, n. 31).

I prodotti dell'attività funzionale delle glandule endocrine si dividono in *ormoni* (da ορμαῶ, eccitare) propriamente detti il cui tipo è la secretina; in *ormozoni* od ormoni che agiscono sulla morfogenesi, come i prodotti tiroidei e genitali; in *autocoidi* (da ακός, medicina) che sono sostanze agenti su altri organi come un medicamento, quale, ad es., l'adrenalina; in *paraormoni*, che sono prodotti destinati ad essere espulsi e che hanno una funzione eccitatrice sussidiaria, come, ad es., l'anidride carbonica che eccita il centro bulbare e l'urea che agisce da diuretico. Schäfer distingue gli ormoni in *ormoni* propriamente detti, che sarebbero gli eccitatori, ed in *caloni* (da χαλαῶ, rallentare) che sarebbero i rallentatori della funzione d'un organo.

Ma oltre a quelli che rientrano nelle classificazioni su dette vi sono altri ormoni, che hanno la funzione di agire sull'organo stesso che li produce, e quindi omo-organici. Come esempi di questi ormoni omo-organici possono considerarsi l'ormone sottomascellare, l'ormone renale, gli ormoni cardiaci.

L'esistenza dell'ormone sottomascellare è stata dimostrata da Demoor. Se, attraverso la sua arteria principale, s'irriga la glandula sottomascellare del cane con siero di Locke ossigenato ed allungato con siero di cane che ha in sospensione estratto acquoso della glandula sottomascellare d'un altro cane (prelevata dopo eccitazione della corda del timpano e quindi in piena secrezione) si ha un'abbondante secrezione della glandula irrigata. Si ha un flusso secretorio analogo a quello che si ottiene in seguito ad eccitazione della corda del timpano. La medesima proprietà eccitatrice sulla glandula sottomascellare avrebbe la saliva non riscaldata e forse il sangue venoso della glandula. Le ricerche dello stesso Demoor avrebbero concluso per l'esistenza di due sostanze stimolatrici, l'una termostabile e l'altra termolabile, prodotta, quest'ultima, dall'eccitazione della corda del timpano. Ambedue sarebbero per sè stesse inattive e diventerebbero attive solo in seguito alla loro combinazione nell'interno delle cellule.

Per dimostrare l'esistenza degli ormoni omo-organici cardiaci Loewi istituì il seguente esperimento. Isolò il cuore di una rana in circolazione artificiale, ed eccitò il vago del cuore sinistro in modo da avere arresto quasi completo del battito. In capo a 15-20 minuti si raccoglie il liquido circolatorio e lo si sostituisce con liquido di Locke fresco. Si cessa dall'eccitare il vago ed il cuore ritorna a battere. Dopo qualche minuto si toglie nuovamente il liquido di Locke e lo si sostituisce con quello che aveva circolato nel cuore durante l'arresto di quest'ultimo per l'eccitazione del vago. Si ha allora un notevole rallentamento del battito. Tale fenomeno non si può spiegare se non ammettendo che nel cuore in arresto per eccitazione inibitoria si sono prodotte sostanze con la capacità di agire sulla funzione cardiaca inibendola come fa la stimolazione del vago e quindi sostanze vagali.

Loewi ha dimostrato altresì l'esistenza di sostanze specifiche acceleratrici del ritmo cardiaco, i cui effetti sono analoghi a quelli provocati dall'eccitazione del simpatico.

Popper e Russo hanno rilevato che la sostanza vagale del coniglio determina notevole rallentamento del cuore della rana, il che dimostrerebbe che non v'è specificità zoologica.

D'altra parte questa sostanza vagale, che si produce nel cuore in seguito ad eccitazione del vago, reagisce anche sulla musculatura gastro-intestinale provocando contrazioni analoghe a quelle che vi determinerebbe l'eccitazione del pneumogastrico.

Loewi e Hamburger pensano che questa sostanza vagale possa essere analoga alla colina e che avrebbe dei rapporti con le sostanze contenute nei nuclei di Keith e Flack. Demoor e Rylant hanno visto che il prodotto della macerazione dell'orecchietta destra del coniglio e particolarmente del nucleo di Keith modificherebbe la contrazione dell'orecchietta sinistra. Questa, isolata, non ha il ritmo dell'orecchietta destra isolata, ma dopo esser rimasta passiva un certo tempo, batte irregolarmente e tumultuosamente. Aggiungendo al siero di Locke, ossigenato, tiepido e glucosato, qualche goccia della macerazione, idrica o alcoolica, del nodo di Keith, l'orecchietta sinistra si contrae ritmicamente come quella destra.

Lo stesso fenomeno si ha se, invece di servirsi del nodo di Keith del coniglio, si adopera la macerazione fatta con quello di cavallo, di montone o di cane.

Questi tre gruppi di sostanze, vagali, simpatiche e nodali, non sono identiche in quanto le prime rallentano, le seconde accelerano e le ultime regolarizzano il ritmo cardiaco.

L'esistenza degli ormoni omo-organici renali è

dimostrata dai seguenti fatti. Irrorando il rene con una soluzione alcalina (a 3.6 ‰ di Na_2 CO_3 anidro) si ottiene un liquido che, iniettato ad un cane per via endovenosa, dimostrò un notevole potere diuretico. La diuresi, con eccesso di acqua, cloruri ed urea, sopravveniva generalmente dopo 20 minuti dall'iniezione, persisteva 60-80 minuti, e poi si attenuava. Se (in seguito a riflesso uretero-renale) l'animale era anurico, ricompariva l'urina almeno per qualche minuto. La diuresi non si otteneva mai se si faceva l'iniezione sottocutaneamente.

Questa sostanza diuretica è termostabile, indializzabile e precipitabile, come i fermenti, con il fosfato di calcio; è insolubile nel cloroformio, nell'etere, ed in soluzione acida, poco solubile in soluzione neutra.

La sostanza stessa non ha specificità zoologica: quella isolata dal rene di vacca è diuretica per il cane.

Oltre gli ormoni omo-organici salivari, cardiaci e renali ve ne sono probabilmente molti altri e forse ogni organo ha il proprio.

I fatti su accennati possono avere una ripercussione in terapia. Forse consentiranno di stabilire un'opoterapia cardiaca o renale su basi scientifiche più solide di quelle attuali.

DR.

TERAPIA.

La terapia con le iniezioni.

(C. HIRSCH, *Deut. med. Wochenschr.*, 1 genn. 1926)

Noi viviamo in un'epoca della terapia a base di iniezioni. L'introduzione dei rimedi nel corpo del paziente per mezzo delle iniezioni sottocutanee, endomuscolari e, negli ultimi tempi, di quelle endovenose sembra l'unico metodo « scientifico », di fronte al quale, per il pubblico, la via orale è ormai sorpassata. Il peggio si è che l'industria si è messa largamente a produrre mezzi da introdurre per via endovenosa; ed i medici seguono docilmente la « reclame » che si fa in tutte le riviste e le vene dei pazienti sono là pronte per ricevere iniezioni in ogni sorta di malattie.

Anche la terapia purtroppo è soggetta alla moda sebbene i maestri della medicina abbiano sempre recisamente sconsigliato di cedere all'andazzo di essa. Ed i medici continuano nell'abuso delle iniezioni endovenose, quantunque non passi mese senza che si legga il resoconto di qualche caso con pericolo di vita od anche subitamente mortale in conseguenza di iniezioni endovenose di diverse sostanze e di sangue. Recentemente Lemke ha riferito su due casi di morte consecutivi a trasfusione sanguigna, nonostante che le prove sierologiche e di gruppi (in un caso si trattava del figlio del paziente) fossero state favorevoli. L'autopsia dimostrò la presenza di estesi focolai emorragici e di necrosi del fegato.

Gravi conseguenze possono aversi con l'iniezione endovenosa di preparati a base di urea (nel parto), di piombo, nonchè di somnifen e di allional. Casi di morte sono stati osservati con l'iniezione endovenosa di electrargol (g. 2,5), il quale è da ritenersi sconsigliabile (nella sepsi puerperale) tanto più che il suo effetto è per lo meno dubbio. Anche la strofantina, che pure è tanto utile negli stati di collasso dei cardiopatici, può dare la morte se si oltrepassa anche di poco la dose e così pure l'adrenalina, entrambe per iniezione endovenosa. Il pericolo sovrasta, come è noto, per il salvarsan, di cui non si può fare a meno, ma esiste anche perfino per la così detta soluzione fisiologica che non è scevra di spiacevoli conseguenze.

Si deve quindi tener presente che l'iniezione endovenosa, anche delle così dette sostanze innocue, non è un procedimento innocuo.

Ed in realtà chi consideri quale significato fisiologico, fisico, chimico-colloidale abbia un'iniezione endovenosa comprende quali importanti turbamenti locali essa induca nel sangue e quali conseguenze per l'intero organismo se ne possano avere.

Anche le sostanze ritenute innocue (soluzioni ipertoniche di sale, glucosio, saccarosio, urea, gomma, urotropina, gelatina) provocano negli animali da esperimento delle modificazioni anatomiche e fisiologiche, fra cui l'acidificazione del sangue (acido lattico) ed il cambiamento nella sua composizione; basta l'introduzione di minime quantità di elettroliti per influenzare notevolmente la colesterina sanguigna e per dare in certe condizioni abbassamento della pressione.

Sono da citarsi a tale proposito gli esperimenti fatti da Hanzlik con 71 sostanze su 365 cavie. Oltre alle azioni elettive delle diverse sostanze, si trovarono: embolie e trombosi dei piccoli vasi polmonari, edema periarterioso e peribronchiale, rigonfiamento dei polmoni, tutti fatti che ricordano l'ictus anafilattico. Nel sangue si rilevarono modificazioni nella velocità di sedimentazione, del tempo di coagulazione della capacità di agglutinazione.

Altre numerose ricerche in questo campo di grande interesse teorico e pratico sono state compiute da Handovsky il quale fa notare l'importanza di fare l'iniezione con grande lentezza in modo che, anche localmente, non si abbia una concentrazione della sostanza iniettata. Però si deve far rilevare che anche l'iniezione molto lenta

di piccole quantità di acqua provoca un'acidificazione del sangue. Lo stesso autore ha dimostrato, come conseguenza dell'iniezione endovenosa, delle modificazioni degli endoteli dei capillari, ed ammette che alla superficie di tali cellule aderisca una quantità di colloidi del sangue a composizione finissima ed a funzioni determinate; l'iniezione endovenosa provoca disturbi in queste cellule e da ciò i fenomeni che si osservano. Egli conclude che l'uso non pienamente giustificato di medicamenti per iniezione endovenosa è irragionevole, non scientifico e pericoloso.

È quindi indubitato che, a parte le eccezioni quali la strofantina, gli arsenobenzoli ed altri pochi medicamenti, la terapia endovenosa va di molto limitata.

Ma non solo questa. Vi è anche la così detta terapia eccitatrice aspecifica di cui a torto si abusa. Essa deriva dalla terapia specifica a base di vaccini e sieri e si fa con l'introduzione in circolo di ogni sorta di colloidi estranei, allo scopo di provocare una febbre a scopo terapeutico. Si usano a tale scopo anzitutto i corpi albuminoidi ed i loro derivati (proteinoterapia) e cioè i preparati di latte, le deuteroalbumose ed i preparati di albumine batteriche, ma anche i metalli colloidali.

Numerosissimi sono i prodotti che si usano a tale scopo e che si introducono per via cutanea muscolare ed endovenosa. Si deve però anzitutto mettere in rilievo che mediante l'iniezione endovenosa possono aversi casi fatali non prevedibili. È quindi necessario usare di tale terapia con estrema prudenza e dopo una critica severa. Si inizi la cura con dosi piccole e con iniezione molto lenta e si usi l'iniezione endovenosa non già in tutti i casi, ma soltanto per determinate sostanze di sicuro ed elevato potere terapeutico che non possono essere introdotte nell'organismo per altra via (arsenobenzoli) o per le quali l'introduzione nelle vene permette in casi di assoluta urgenza di salvare il malato (strofantina, certi preparati di canfora solubili in acqua).

Del resto, anche la proteinoterapia parenterale è stata troppo esaltata senza considerare a dovere tutte le reazioni che essa può determinare nell'organismo ed è certamente abbastanza strano e, per lo meno illogico, che in un malato il quale è già sotto una forte febbre si introducano delle sostanze allo scopo di aumentare la febbre stessa. L'A. cita a tale proposito il parere di von Krehl, secondo il quale fra una ventina d'anni la proteinoterapia non sarà più usata, almeno nella forma attuale, e ritiene che una vera utilità da essa si è avuta solamente in casi di reumatismo cronico e senza tralasciare i comuni mezzi terapeutici.

Ma è specialmente contro le iniezioni endovenose che l'A. insiste citando anche casi di malessere ed ittero sopravvenuti dopo l'iniezione di tripaflavina nella sepsi. Sarà sempre preferibile nei casi adatti l'introduzione per via gastrica o rettale che, appunto per il più lento assorbimento sarà meno pericolosa e più utile in molte contingenze.

Dal punto di vista clinico ci si deve guardare da una generalizzazione delle iniezioni endovenose ed anche dall'abuso di quelle sottocutanee; non sono rari, p. es., i casi di morte in seguito all'iniezione sottocutanea di scopolamina, verso la quale si hanno notevoli differenze individuali; si possono avere paralisi del centro respiratorio specialmente in individui con stato timico-linfatico. In ogni caso si tenga presente che l'iniezione può essere paragonata ad una freccia che, una volta scoccata, non può più essere nè trattenuta nè guidata.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. LAQUERRIÈRE. *Rayons X et Corps Radio-actifs*. Maloine ed. « Les petits précis », 1925. Fr. 8.50.

Racchiudere in qualche centinaio di pagine di formato tascabile tutta la radiodiagnostica e la radioterapia e la radiumterapia è lo scopo che si è voluto proporre l'A. partendo dal concetto che in ciascuna branca e in ciascuna specialità esiste un minimum indispensabile al medico che si è dato all'esercizio generale della medicina. Tuttavia l'A. ammonisce che dopo la lettura del libro il medico che non ha che questa istruzione radiologica rimanga estremamente riservato nelle sue diagnosi e diffidente nei suoi tentativi terapeutici perchè non è che con lo studio profondo e la pratica assidua che si prende famigliarità coi raggi e il radium.

Dopo alcune sommarie notizie di fisica, tutta la radiodiagnostica è trattata con uno stile naturalmente telegrafico; quindi dopo alcune generalità sulla radio e radiumterapia sono passate in rassegna le varie malattie che si giovano dei raggi e l'A. ne dà brevemente la tecnica di trattamento.

L'A. ha risolto brillantemente lo scopo che si era proposto.

E. MILANI.

LEDOUX-LEBARD. *La radiologie du médecin praticien. Radiodiagnostic des maladies de l'appareil digestif*. Masson et C.ie, editori. Parigi, 1925. Volume di 288 pagine con 101 figure e 12 tavole radiografiche fuori testo. Prezzo 30 franchi.

Questo piccolo volume è dedicato non al radiologo ma al medico pratico affinchè sappia in

quali casi richiedere l'esame radiologico, perchè ne possa seguire con cognizione le fasi ed affinchè ne possa interpretare le immagini ed i referti che gli saranno rimessi. Gli AA. dopo aver accennato nel primo capitolo alla radiologia in genere abbordano la radiologia dell'apparato digerente. Trattano della preparazione del malato, dell'orario da seguire nell'esame, di alcune delle diverse qualità di mezzi di contrasto, dei dati che ci può fornire un esame radiologico dell'apparato digerente. Dopo di ciò trattano dei singoli segmenti allo stato normale e allo stato patologico. Un capitolo è dedicato alla bocca, faringe ed esofago. Due capitoli notevolmente lunghi (110 pagine) sono dedicati allo stomaco normale e patologico con numerose figure e tavole radiografiche.

La descrizione è fatta accuratamente ed in modo chiaro come pure quella del duodeno. Poche parole sono dedicate all'intestino tenue mentre abbastanza ampiamente è trattato del crasso. Termina con un rapido cenno sulle ghiandule salivari, fegato e vie biliari, ascessi subfrenici e cisti idatidee, pancreas, milza accennando, nella tecnica da usare, anche al pneumo peritoneo e alla colecistografia per iniezioni endovenose.

L. SFORZA.

VERGER. *Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie-curiethèrapie.* Gaston Doin edit., Parigi 1925.

È un libro che desta interesse tanto nel chirurgo pratico, come nello specialista. Vi è trattata sommariamente l'anatomia patólogica dei tumori del mascellare superiore ed ampiamente la tecnica e le modalità operatorie con l'ausilio della radioterapia utilizzate in Francia e negli altri Stati, riunendo in breve i risultati ottenuti coi vari procedimenti. Specialmente diffusa è la tecnica adoperata da Hautant e Monod.

R. BRANCATI.

HANS-MEYER. *Die Strahlentherapie in der inneren medizin.* Vol. III, 884 pag., 160 fig., 6 tavole colorate, 49 marchi. Urban e Schwarzenberg, ed.

Questo terzo volume fa parte della collezione pubblicata a cura di Meyer e che sarà composta di 5 volumi (Lehrbuch der Strahlentherapie). Dopo la parte tecnica e dopo il volume che tratta della radioterapia nel campo chirurgico, questo volume non smentisce l'importanza del trattato: tutte le questioni più importanti sono perfettamente aggiornate e il libro non deve mancare nella biblioteca del radiologo. Pordes di Vienna ci parla dell'impiego in senso generico della radioterapia nella medicina interna e del meccanismo dell'azione dei raggi. Holthusen di Amburgo tratta dell'azione dei raggi X sul sistema emopoietico e sull'impiego dei raggi X nelle varie malattie del sangue; Bacmeister, di cui sono note le ricerche sulla radioterapia della tubercolosi, riferisce sui risultati di queste cure, sia nella tubercolosi polmonare, sia nella tubercolosi laringea; Klewitz sulla irradiazione nella peritonite tubercolare; Küpfer e Rother sulla radioterapia dei tumori ipofisari e rispettivamente del Basedow; Kienboeck sulla radioterapia dei tumori del mediastino. Seguono i capitoli sulla radioterapia nelle malattie del sistema nervoso (Strauss), nelle malattie del canal digerente, nell'asma, ecc. Gli ultimi capitoli riguardano l'impiego in medicina interna delle sostanze radioattive, della fototerapia e della diatermia.

I radiologi che conoscono le difficoltà di trovare riunite e aggiornate le questioni più importanti che riguardano la radioterapia non potranno che rallegrarsi della pubblicazione di questo trattato di cui era riconosciuta la necessità e con uguale interesse attenderanno la pubblicazione degli altri due volumi che concernono la ginecologia e la dermatologia dal punto di vista radioterapico.

MILANI E.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica di Pavia

Seduta dell'11 giugno 1926.

Aborto e sterilizzazione tubarica temporanea in una sola seduta laparatomica.

E. ALFIERI. — L'O. espone ed illustra un suo procedimento personale di svuotamento dell'utero mediante isterotomia addominale bassa, seguito da sterilizzazione tubarica temporanea mediante affondamento dei padiglioni, allacciati e riuniti fra di loro al davanti dell'incisione uterina, sotto il lembo peritoneo-vescicale previamente preparato, e che viene da ultimo suturato alla parete anteriore dell'utero.

Il metodo rapido ed elegante venne eseguito dall'O. in 4 casi di tubercolosi polmonare evolutiva complicante la gravidanza nei primi mesi. Un quinto caso analogo venne pure operato con successo dal dott. NAVA, assistente nella Clinica.

Analogamente ha proceduto l'O. in un caso di tubercolosi fibrosa ormai guarita, fuori di gravidanza in donna pluripara, associando la sterilizzazione uterina alla isteropessi pelvica alla Pestalozza per retroversione uterina molesta ed incontenibile con pessari.

Sulla evoluzione di una forma di lipodistrofia.

G. DI GUGLIELMO. — L'O. illustra un caso di lipodistrofia progressiva, caratterizzato da uno strano comportamento dell'adipe, che è notevol-

mente ridotto alla faccia, agli arti superiori, alla parte alta del tronco, mentre è accumulato in grande quantità alla parte bassa dell'addome, alle natiche, alle cosce. Il metabolismo basale è normale; le prove dell'adrenalina danno risultato positivo (aumento della frequenza del polso, della pressione massima, vasocostrizione periferica, palpitazione, diuresi abbondante, glicosuria). L'ammalata presenta da molto tempo manifestazioni di disfunzione ovarica e di lieve ipertiroidismo (lieve tremore, instabilità del polso, facile emotività, incapacità di corrugare la fronte). In seguito a trattamento con raggi ultravioletti, la circonferenza basiliaca si è ridotta di circa 13 cm., mentre è rimasta quasi immodificata la bitrocanterica, conferendo alla forma il tipo prevalente di obesità trocanterico-pelvica o «a calzoni da cavallerizzo».

L'O. illustra per la patogenesi sopratutto i disturbi del simpatico e richiama l'attenzione sulle forme minori di lipodistrofia progressiva fino alle forme di confine con alcune condizioni fisiologiche della donna.

«Cirrosi grasse» e «cirrosi tubercolari» del fegato.

A. OMODEI ZORINI. — L'O. tratta la questione delle cosidette «cirrosi ipertrofiche grasse» del fegato e quella delle «cirrosi tubercolari». Egli ha studiato dal lato anatomo-patologico 59 cirrosi delle quali 18 presentavano i caratteri delle cirrosi adipose.

Egli ritiene, sulla base della sua casistica, che esista una vera forma di cirrosi ipertrofica grassa ad eziologia alcoolica. In molti di questi casi coesiste anche una tubercolosi cronica sopratutto nel campo addominale (polisierositi croniche, tabe meseraica, tubercolosi dell'intestino), la quale avrebbe solo un'azione coadiuvante quella dell'alcool.

L'O. non crede che la tubercolosi da sè sola possa dare una vera cirrosi atrofica di Laennec.

F. RICCI.

Società Medico-Chirurgica di Mantova.

Seduta del 15 maggio 1926.

Presidenza: prof. G. GHEDINI, presidente.

Sutura del cuore.

Dott. MAMBRINI. — Presenta una operata di cardiorrafia per ferita d'arma da fuoco interessante la punta del cuore. Dopo circa otto ore il ferimento intervenne, praticando un lembo a cerniera interna, come in un suo caso precedente, e liberando il pericardio dal sangue e scoperto il foro d'ingresso del piccolo proiettile, lo soturò. Non insistette sulla ricerca del proiettile che la radiografia aveva mostrato fisso nel miocardio.

L'operata, che presentò per alcuni giorni versamento pleurico siero ematico, aspirato due volte, guarì e non presenta finora alcun disturbo.

Su di un caso di ernia inguinale strozzata a contenuto tubo-ovarico in una bambina di otto mesi.

Dott. MAMBRINI. — Ricordato come sia raro il caso di strozzamento erniario nelle bambine e rarissima la presenza nel sacco di ernie strozzate dell'ovaio e della tromba, dice di aver dovuto asportare tali elementi erniali in una bambina perchè in preda a necrosi dovuta al cingolo strozzante.

Esito in guarigione.

Il metodo Giordano nella cura del prolasso rettale degli adulti.

Dott. STOCCADA. — Il metodo Giordano consiste nella introduzione di un tubo di gomma rigido, del diametro di un pollice circa, nell'orificio anale che si fa risalire per circa 10 centimetri e si lascia in posto una settimana. In un suo paziente, dopo avere esperite le cure mediche che si dimostrarono inefficaci, tentò il metodo Giordano; la guarigione persiste da 16 mesi e l'ammalato gode ottima salute.

Intorno ad una alterazione di struttura poco nota dell'omentum minus (omentite sclerosante retrattile).

Dott. STOCCADA. — Trattasi di un uomo di 56 anni in cui, malgrado l'esame radiologico dello stomaco escludesse una lesione organica, clinicamente era invece molto sospetto. Alla laparatomia esplorativa si constata nulla a carico dello stomaco, del duodeno, colecisti, ecc.; ed invece un accorciamento dell'omentum minus che al tatto si presenta ispessito e calloso rivestito uniformemente da sierosa di aspetto normale. A stento la punta del dito indice entra nel forame epiploico. Dopo circa un mese i disturbi a carico dello stomaco consistenti in dolori in sede epigastrica che durano anche 10 ore dopo l'ingestione del cibo ed il notevole deperimento scompaiono definitivamente.

Ha seguito l'ammalato per 4 anni ed ha potuto sempre riscontrare l'ottimo stato di salute.

Sulla patogenesi delle poussées cicliche febbrili nella tisi.

Dott. M. LODIGIANI. — In alcuni soggetti affetti da tisi ha riscontrato nel corso di periodi afebbrili o quasi accensioni di alte temperature durevoli uno o più giorni, intercalate da periodi afebbrili talvolta di durata fissa. Questo fenomeno interpretato variamente da altri AA. è ascritto dal prof. Ghedini a localizzazioni polmonari dei germi che abitualmente si associano al b. tubercolare nella determinazione della tisi e cioè ai diplo- e streptococchi, i quali sogliono ingenerare cicli febbrili in rapporto a singole localizzazioni infiammatorie da essi ingenerate (cicli di 7-8 giorni o di 4-5 nella polmonite diplococcica o nella poliartrite streptococcica).

Non si esclude che alla genesi del particolare fenomeno possa contribuire l'assorbimento periodico di proteine bacteriche o cellulari attraverso le pareti erose delle caverne, proteine che determinerebbero accensione febbrile anafilattica.

C. NICOLINI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E TERAPIA.

I tumori del lobo frontale.

La difficoltà di una diagnosi esatta dei tumori a localizzazione frontale spinge P. Escuder Núñez (*L'Encéphale*, n. 1, 1926) a riferire su 11 casi di tumore del lobo frontale destro, su 6 casi del lobo frontale sinistro e su di un caso interessante entrambi i lobi. La zona frontale che comunemente si ascrive alle « zone mute », il più delle volte invece è « poligotta » per sintomi che insorgono da fenomeni di compressione o d'invasione di altri territorii cerebrali. Conviene quindi per la diagnosi saper vagliare i sintomi di questa zona da quelli aggiunti.

Secondo l'A. i sintomi propri e più caratteristici del tumore a sede frontale sarebbero rappresentati da sintomi sensitivi-motori e sintomi psichici. Tra i sintomi sensitivi-motori si deve tener presente: 1) l'anosmia e la stasi papillare unilaterale; 2) la deviazione della testa e degli occhi (dal lato opposto alla sede del tumore). Tra i sintomi psichici si notano: 1) sintomi di eccitazione propri dell'inizio del processo morboso; 2) sintomi di inibizione, propri del periodo avanzato. I primi sono rappresentati da turbe dell'equilibrio psichico e della condotta abituale del paziente (irritazione frontale); i secondi da sonnolenza, stupore, abbattimento e coma di Milian (distinzione del lobo). L'A. deduce che una accurata anamnesi ed una diligente osservazione dei fatti obbiettivi possono, il più delle volte, chiarire la sede del tumore frontale. LEGA.

Sindrome di vaso-dilatazione emicefalica d'origine simpatica.

Vallery Radot, Blamoutier (*Bulletin et mém. Société d. Hôp.*, n. 36, 1925) hanno avuto l'occasione di osservare una malata, di 35 anni, presentante delle crisi quotidiane di emicrania accompagnate da idrorrea nasale, da lagrimazione dallo stesso lato, con multipli disturbi vasomotori. La p. già dai quindici ai diciotto anni aveva sofferto di cefalee generalizzate che scomparse tre anni dopo l'inizio, si ripresentarono a 34 anni. La cefalea questa volta era tenace e presto divenne permanente con esacerbazioni quando la p. si trovava in piena luce, specie se con sole: contemporaneamente coriza e lagrimazione sovratutto nel mattino. Nel 1925 la cefalea era nettamente a tipo emi, occupando la metà destra del cranio, con un massimo attorno all'occhio destro e nella nuca, a destra. La pressione provocava esacerbazione all'emergenza del sopraorbitario e del nervo di Arnold destro: lagrimazione ed emissione di liquido chiaro, senza elementi citologici, dalla narice destra. Oltre a ciò si constatava congestione del viso, chiazze eritematose di rapida comparsa e scomparsa sul viso, collo, torace anteriore, con sudore abbondante di tutta la superficie cutanea. Il carattere era fortemente variabile. Nessuna lesione organica fu riscontrata a carico dei vari apparati. Gli AA. con la adrenalina, con l'applicazione del ghiaccio sulla fronte, constatarono una azione inibitrice della vasocostrizione sulla sindrome, viceversa con l'applicazione di aria calda sulla fronte, con il nitrito di amile si aveva una esacerbazione della cefalea, della lacrimazione, dell'idrorrea. La sindrome di origine simpatica presentata dunque dalla p. era dovuta alla vasodilatazione. Data la felice azione dell'adrenalina, la p. fu sottoposta alla terapia adrenalinica per lungo tempo: la sparizione degli accessi avvenne in modo completo: importante è il fatto che, mentre in tal modo veniva modificato il simpatico, avveniva un profondo turbamento delle funzioni mestruali.

MONTELEONE.

Cefalee endocrine.

Le cefalee che più nettamente riconoscono l'origine endocrina sono quelle dovute alla pituitaria ed all'ipofunzionalità della tiroide; non sembra invece ben definita la cefalea di origine ovarica che forse non esiste nemmeno.

La cefalea ipotiroidea incomincia di solito nella notte, accompagnata da nausea e da sensazione di brivido; il dolore è talvolta così forte da costringere il paziente a letto; esso incomincia nella regione occipitale e si diffonde gradatamente a tutta la testa. Dopo 24-36 ore incomincia a scomparire in direzione inversa, permanendo più a lungo alla regione occipitale. Durante l'accesso il paziente può non tollerare nulla nello stomaco, salvo che dell'acqua.

Caratteri del tutto diversi ha la cefalea pituitaria. Secondo quanto riferisce C. H. Lawrence (*Endocrine Survey*, gennaio 1926) essa è quasi sempre temporale o frontale, spesso estesa fino al vertice; però raramente prende tutta la testa. Viene di solito descritta come un dolore sordo, pulsante, spesso associato con leggere vertigini. Più che alla emicrania, esso fa pensare a malattie dei seni nasali che devono essere accuratamente esaminati prima di diagnosticare l'origine pituitaria della cefalea.

fil.

Un fattore dell'emicrania?

Morgan (rif. in *Amer. Medic.*, settembre 1925) ha esaminato radiologicamente parecchi emicranici durante l'accesso e trovato in tutti un arresto della peristalsi, per parecchie ore.

R. B.

Contributo alla conoscenza della sifilide dei nervi cerebrali e spinali.

W. Mestitz (*Med. Klinik*, n. 10, 1926) riferisce l'autopsia di un uomo di 23 anni ammalatosi con sintomi cerebrali e particolarmente con disturbi a carico del nervo ottico, morto dopo due mesi e mezzo di malattia; essa dimostrò, oltre ad edema del cervello, del midollo cervicale e del midollo toracico superiore, un notevole ingrossamento dei nervi ottici ed oculomotori nella loro porzione intracranica e nelle radici anteriori di alcuni nervi toracali inferiori e lombari. L'esame istologico dimostrò che questi nervi erano infiltrati da un tessuto di granulazione ricco di linfociti, plasmacellule e cellule epitelioidi. Scarse alterazioni meningee a focolaio. La constatazione di una gomma tipica in corrispondenza del midollo toracico faceva ammettere che anche il tessuto di granulazione che infiltrava i nervi ottici ed oculomotori e le radici dei nervi spinali fosse esponente di una infiammazione sifilitica: difatti esso era ricco in plasmacellule. POLLITZER.

Le polinevriti alcooliche.

Possono avere una sintomatologia variata, tanto più che sono spesso accompagnate da disturbi psichici. L'inizio è talora rapido, ma è generalmente progressivo; si hanno sul principio piccoli disturbi di sensibilità subbiettiva, formicolio, sensazione di crampo imminente, di piede o di dito morto. I fenomeni sono generalmente più gravi agli arti inferiori e, col progredire della malattia, si fanno assai intensi sicchè la iperestesia può raggiungere un tal grado che il malato non sopporta nemmeno più il peso di un semplice lenzuolo. In molti casi i fenomeni sensitivi si limitano a sensazioni sgradevoli, mentre sono soprattutto i fenomeni motori che attirano l'attenzione. Si vede diventare difficile, e poi quasi impossibile, il movimento delle dita dei piedi, del collo del piede, del ginocchio. I riflessi achillei e poi patellari sono aboliti dopo un breve periodo in cui possono essere esagerati. Il paziente è ridotto al letto, spesso in posizione anormale.

I fenomeni psichici sono caratterizzati da ansietà, da tendenze ipocondriache (di incurabilità, di impurezza, di peccato, di autoaccusa). L'evocazione dei ricordi e la loro fissazione sono assai irregolari; il malato ripete spesso la stessa domanda e dimentica la risposta. Spesso si ha la menzogna, o meglio la fabulazione; il malato racconta avvenimenti immaginarii, dice di aver compiuto atti impossibili; ha spesso allucinazioni, da quella semplicemente visiva od uditiva (risposta a domande che crede di aver sentito, desiderio di afferrare un oggetto che crede vedere) fino al *delirium tremens* con la sua sintomatologia drammatica.

La diagnosi riguarda specialmente la tabe; sono elementi importanti per essa, lo stato delle pupille (normale nella polinevrite), la reazione di Wassermann nel sangue e nel liquor e l'esame chimico e citologico di questo.

La prognosi per lo più è favorevole; la motilità può ritornare normale, ma può persistere un'impotenza più o meno marcata e talora delle deformazioni dovute a cattive posizioni tenute.

Come trattamento Alexander (*Le Scalpel*, 3 aprile 1926) consiglia specialmente quello fisioterapico. Bagni prolungati (2 ore a 37°) elettricità (corrente galvanica con largo elettrodo negativo alla schiena, alle mani, ai piedi, immersi in una bagnarola di maiolica in cui si mette l'elettrodo positivo; 10-20 milliampère per 10 minuti ogni giorno). Il massaggio, i bagni di luce, la diatermia, applicati da un competente possono essere molto utili. Fra i medicamenti l'unico è la stricnina in dosi forti, dopo aver saggiato la sensibilità individuale. *fil.*

Un caso di neurite del muscolo-cutaneo d'origine tubercolare.

È descritto da Levy-Valensi, Feil e Perono (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, Paris, 30 aprile 1925).

Anni 55, contabile, ricoverato all'ospedale per tubercolosi polmonare bilaterale. Condizioni generali discrete. Improvvisamente insorgono dolori al braccio destro, irradiantisi alla parte esterna dell'avambraccio, maggiormente intensi nelle ore notturne. Il nervo muscolo-cutaneo, i muscoli bicipite e brachiale anteriore, sono dolenti alla pressione. Un'ipoestesia osservata inizialmente lungo il bordo esterno dell'avambraccio, è stata in seguito sostituita da una disestesia (la puntura è avvertita dall'infermo come una bruciatura). I riflessi sono normali, le articolazioni della spalla e del gomito sono integre. Sussiste una leggera atrofia del bicipite e del brachiale anteriore. Esiste un'ipereccitabilità faradica del bicipite.

Nel caso descritto, si possono escludere polineuriti d'origine medicamentosa, alcoolica, sifilitica e disturbi da compressione. Si ammette quindi l'origine tubercolare dei fenomeni suddetti.

M.

Zoster del padiglione auricolare con paralisi del facciale e sindrome di Ramsay-Hunt.

C. Ghislanzoni (*L'Osp. Maggiore*, gennaio 1926) riferisce di una donna di 29 anni che presentò paralisi a tipo periferico del facciale sinistro, eruzione di vescicole di zoster sul padiglione dell'orecchio corrispondente a ipoeccitabilità cocleo vestibolare sinistra.

L'A. ritiene che questo caso debba spiegarsi come una localizzazione del virus zosteriano al ganglio genicolato, nella stessa maniera come avviene per i gangli rachidei, e per i gangli sensitivi di altri nervi cranici. La zona innervata dal ganglio genicolato comprenderebbe un'area conica, avente per apice le membrane del timpano, per pareti quelle del condotto uditivo esterno e per base il padiglione dell'orecchio stesso. Inoltre in questo caso la R. W. era negativa, per cui non si può essere dell'opinione di Achard che parla di facilitazione della infezione zosteriana da parte della sifilide.

Non potendo venire stabilita una etiologia specifica, si fece una cura sintomatica.

gr.

Tono muscolare e innervazione tonica.

J. Pal (*Med. Klinik*, n. 10, 1926) rileva che il tono dei muscoli è una funzione della cellula muscolare sia liscia che striata. Un'innervazione speciale, differente dall'innervazione cinetica, serve al mantenimento del tono in tutti gli organi. Nel tono muscolare si possono distinguere due componenti: una componente (substrato) è inerente alla cellula muscolare stessa, mentre l'altro componente viene regolato dal sistema nervoso (neurogeno).

Alcuni credono che questa componente neurogena sia soggetta al sistema nervoso simpatico, altri al sistema nervoso parasimpatico. È possibile eliminare la componente neurogena del tono muscolare, isolando dei muscoli lisci da tutti i loro nervi afferenti; rimane allora la sola seconda componente, il substrato.

POLLITZER.

Il trattamento del mal di mare.

Nelle traversate brevi, F. Clair (*Journ. des praticiens*, 14 novembre 1925) consiglia di stendersi in posizione supina con il corpo leggermente inclinato verso sinistra, la testa immobilizzata in un largo cuscino. Quando si sta in cabina, in caso di forte rullio, si potrà mettere ai due lati della cuccetta due materassi in modo da stare come in fondo ad una doccia in cui si ha maggiore probabilità di rimanere immobile. Se invece il viaggio è lungo, si dovrà cercare di abituarsi ai movimenti della nave.

Come medicamenti, vengono consigliati i seguenti. Il bromuro (1-2 g. al giorno), da prendersi per 3-4 giorni prima di partire; l'arseniato di stricnina, a granuli da un mg. da prendere d'ora in ora non oltrepassando il numero di 4; se se ne hanno buoni effetti si potrà anche arrivare a 6-8.

Prendere un leggero purgante salino la sera prima di partire; evitare la costipazione e bere poco ai pasti; fare uso della cintura di Glénard. Ogni tanto prendere qualche sorso di acqua cloroformica; rimanere il più che sia possibile all'aria libera e passeggiare risolutamente dall'avanti all'indietro della nave.

Per attenuare lo stato vertiginoso, si potrà dare ogni tre ore agli adulti un cucchiaio da tavola della seguente pozione:

solfato di atropina, mg. 1;
mentolo, cg. 5;
sciroppo di fiori d'arancio, g. 30;
acqua cloroformica, g. 90.

La trinitrina (4-6 gocce al giorno della soluzione alcoolica a 1/100) può essere utile nella cefalea dolorosa, dovuta probabilmente all'ischemia cerebrale. Contro le crisi solari, è consigliabile l'eserina (salicilato di eserina cg. 1, glicerina cmc. 4, acqua distillata cmc. 5, alcool a 95° cmc. 6, 20-30 gocce al giorno in 3-4 volte).

Il valerianato di mentolo (X-15 gocce, 3 volte al giorno su un pezzo di zucchero) calma i dolori gastrici provocati dai vani sforzi di vomito; pure contro i vomiti, tentare l'adrenalina (20-30 gocce, in 2-3 volte nelle 24 ore). Nei casi gravi sono raccomandabili le inalazioni di ossigeno e, quando è evidente una deficienza ghiandolare si farà l'opportuno trattamento opoterapico.

La stessa molteplicità dei rimedi sta ad indicare la loro scarsa efficacia. Fra quelli sintomatici, ma di buon effetto, pure non menzionato dall'A., è consigliabile il cloretone che è la parte attiva di alcuni specifici contro il mal di mare.

fil.

Nell'anosmia.

Feldstein (*Journ. des pratic.*, 14 novembre 1925) consiglia:

solfato di stricnina, cg. 10;
polvere d'ireos, cg. 50;
lattosio, g. 10.

Insufflare nel naso o tabaccare.

fil.

IGIENE.

La lotta antimalarica nei piccoli comuni.

Un esempio dei buoni risultati che si possono ottenere anche con mezzi limitati, ma con tenacia di propositi e con quello spirito di abnegazione che anima il medico che si dedica ad una opera di igiene sociale, ci è offerto da F. Garofali (*Riv. di Malariologia*, 1926, n. 2).

Nel comune di Amaseno (Lazio), con una popolazione di circa 3000 abitanti, la malaria si è venuta aggravando per diverse cause, fra cui precipuo il disboscamento sui monti.

L'A. vi ha organizzato il censimento dei malarici, rivolgendo particolarmente l'attenzione alle scuole ed ha trovato: indice splenico 69 %; indice parassitario 90 %; tasso Hb. 30-35. Alla malaria l'A. attribuisce anche l'alta mortalità da polmoniti (12.6 % su 87 casi).

La profilassi fu basata anzitutto sulla propaganda, sulla caccia alle zanzare, su qualche lavoro di piccola bonifica ed essenzialmente sulla chininizzazione. Nel corso di 10 mesi, l'indice malarico globale (di Leger) si ridusse da 95 a 15.20.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia calcica della tubercolosi. — Ai dottori A. Politano di Strada Cosentino e abb. n. 11,325-1:

La teoria che la tubercolosi sia accompagnata da acidosi e conseguente solubilizzazione del calcio e decalcificazione, non è stata confermata da ricerche rigorosamente condotte. Cfr. G. Ferretti, *La Clinica Med. Ital.*, marzo-aprile 1926. Non risulta neppure che la calcificazione progressiva delle lesioni tubercolari determini il loro arresto; sembra che faccia séguito alla guarigione, ma che non la condizioni. Cfr. Wells, De With a. Long, « Chemistry of Tuberculosis » (Baltimora, Williams & Wilkins Co. editori, 1923).

Esperienze eseguite iniettando ad animali tubercolizzati, per via endovenosa, quantità anche rilevanti di cloruro calcico, sono state generalmente negative o non conclusivamente positive. Così, in esperienze di Masini, conigli tubercolizzati che ricevevano, nelle vene, due volte a settimana, un cmc. di soluzione clorurocalcica a 1 %, vissero da 75 a 120 giorni, mentre i controlli vissero da 68 a 116 giorni: la differenza è trascurabile.

Conviene notare che la via orale di somministrazione è poco efficiente, perchè il calcio si assorbe male attraverso la mucosa gastro-enterica. Siccome, inoltre, si elimina presto, occorrerebbe rinnovare con frequenza le somministrazioni. Ecco qualche dato: Leuckart e collabor. (*Amer. Journ. Physiol.*, 1923-25) nei cani dovevano propinare il lattato alla dose di almeno g. 1.5 per kg., onde alleviare i sintomi della tetania; nell'uomo Boothby (*Endocrinology*, agosto 1924) dovette giungere a 4 g. ogni 4 ore per vincere e tenere in freno i sintomi della tetania (paratiroideopriva); insorgevano disturbi gastro-enterici.

Le ricerche di chimica fisiologica avevano condotto, addirittura, a contestare che il calcio in forma medicamentosa si assorba per la via orale (Meigs e collab., Denis e Corley, ecc.). Se non che, determinazioni biorarie eseguite da Hjort (*Journ. Bioch. Chem.*, ottobre 1925) hanno accertato sperimentalmente una ipercalcemia apprezzabile dopo somministrazioni ripetute ogni ora di composti vari di calcio. Nell'uomo Kahn, Roe e Finkelstein (*Journ. Am. Med. Ass.*, 5 giugno 1926) hanno eseguito varie ricerche, valendosi di determinazioni orarie; hanno ottenuto i migliori risultati da 5 g. di lattato (sciolto in acqua): si produceva sino all'88 % di aumento dopo 6-7 ore e l'aumento era sensibile per varie ore (dosi maggiori o minori determinarono una ipercalcemia meno alta o meno durevole). Gli AA. suggeriscono, appunto, quel quantitativo *pro dosis;* ma evidentemente esso è alto e può provocare fatti d'intolleranza gastro-enterica, che conviene di evitare nei tubercolotici.

Di fronte a queste difficoltà si è ricorso ad altre vie, come le inalazioni (ce ne siamo più volte occupati), la ionoforesi (Curschmann impiega una soluzione di cloruro calcico a 2-4 %, introdotta mediante un multostato o una batteria galvanica: esegue 20-70 sedute, nelle tubercolosi chirurgiche e cutanee) o le iniezioni endovenose.

Queste ultime costituiscono la via di scelta. Si adopera il cloruro calcico chimicamente puro, dando la preferenza a quello secco granulare, che contiene 2 molecole d'acqua ($Cl_2Ca+2\,H_2O$); se ne prepara una soluzione perfettamente sterile al 20 %, della quale si possono iniettare 10 cmc. ripetendo le iniezioni *tutti i giorni*, fino a giungere ad una quarantina.

Si realizzano così le migliori condizioni per un'eventuale utilizzazione del calcio: l'organismo viene ad esserne impregnato, in modo quasi continuativo, senza risentirne disturbi.

Alcuni medici affermano di averne avuto risultati ottimi. A titolo di esempio, di recente Piñerua (*Medicina Ibera*, 23 gennaio 1926) informava di praticare questa terapia da una dozzina d'anni, in tutte le forme di tubercolosi, con pieno successo. I risultati favorevoli però non sono confermati da altre parti e quindi sono contestabili.

Il cloruro calcico per via endovenosa giova sicuramente a frenare le emottisi dei tubercolotici; in questo caso entra in gioco l'azione anticoagulante del calcio, non già la sua azione rimineralizzatrice.

Esso esercita anche altre azioni, per es. sui reni e sul cuore.

L. VERNEY.

VARIA.

Le idee attuali sull'onanismo.

(R. HAMET. *Progrès Médical*, 1925, n. 2).

I profani qualificano la masturbazione una cattiva abitudine; secondo l'A. « cattiva » è di troppo, ma abitudine è il termine esatto.

Si è obbligati a riconoscere che non vi sono in proporzione più masturbatori fra gli individui affetti da psicosi che tra i normali.

La masturbazione praticata moderatamente è, secondo l'avviso della maggior parte degli AA., non nocevole o anche utile. Secondo Stekel l'onanismo non è la causa delle neurosi, ma queste si svilupperebbero quando l'individuo cessa di masturbarsi. In molti individui la gioia di vivere cessa quando essi abbandonano la masturbazione. I danni fisici e psichici dell'onanismo non esistono che nell'immaginazione dei medici.

L'A. ci fa sapere che la masturbazione è praticata da numerosi animali, tanto domestici quanto allo stato selvaggio; essa costituisce in quasi tutti i pesci la manifestazione normale dell'attività sessuale.

Tra i detrattori della masturbazione l'A. cita il troppo famoso Tissot, la cui opera rivela una inverosimile ingenuità; vi si legge difatti che fu visto un masturbatore il quale si disseccò talmente il cervello da sentirlo muovere nel cranio.

Pare illogico l'ammettere che la masturbazione sia più nociva del coito; l'esperienza dimostra che non è assolutamente ammissibile.

Se compaiono talora disturbi nevrastenici per effetto d'una masturbazione eccessiva, si deve riconoscere che questi s'osservano pure in seguito all'abuso del coito o d'un sopraffaticamento d'origine muscolare, intellettuale od affettiva.

La conseguenza più grave e più frequente della masturbazione è di determinare sovente una forma d'impotenza alla quale Fürbringer applicò l'epiteto di psichica e Pitres ha descritto come psicastenia genitale.

La masturbazione determina quello stato che Forel denominò « onanismo essenziale », caratterizzato dal fatto che l'individuo preferisce la masturbazione al coito.

Ma, conclude l'A., conviene ammettere che, se questa perversione è dannosa dal punto di vista sociale, non pare che porti inconvenienti all'individuo. In questa specie di apologia della masturbazione non è detto però che certi psicopatici vanno incontro al più profondo marasma in conseguenza di una masturbazione continua e che il pericolo della masturbazione consiste innanzitutto nella possibilità di avere a disposizione continua il mezzo del soddisfacimento sessuale, e che infine indica un decadimento volitivo dell'individuo.

A parte queste considerazioni è certo che sulle conseguenze dannose della masturbazione si è molto esagerato. C. GORIA.

(Da *Minerva Medica*, 10 febbraio 1926).

Contro gli oltraggi al pudore infantile in Inghilterra.

Una Commissione governativa nominata nel 1924 per studiare questo problema sociale, composta di un presidente, un medico aggregato e sei membri, di cui tre donne, ha redatto la sua relazione. Risulta che le violenze carnali all'infanzia sono in diminuzione, ma aumentano gli attentati visivi al pudore, compiuti per mezzo di figure pornografiche pubblicamente esposte, di cinematografie, nonchè con atteggiamenti suggestivi ai bagni, nei balli e sovratutto nei parchi pubblici, ove non è difficile sorprendere tutte le manifestazioni fisiche dell'amore.

Viene proposto: di esercitare una maggiore sorveglianza sui cinematografi, sui parchi e nelle adiacenze delle scuole; di non dare pubblicità a processi e condanne per violenze carnali e oltraggi al pudore e non riportare le fotografie dei protagonisti, salvo autorizzazione espressa del giudice; di affidare, se possibile, a donne gli accertamenti polizieschi e gli esami medico-legali su ragazze, o di farvi assistere una donna, affinchè non si risolvano in ulteriori oltraggi al pudore; di autorizzare i giudici a condannare i padri convinti d'incesto o di oltraggio grave, alla separazione dalla famiglia e alle spese di mantenimento, ecc.; di elevare da 16 a 17 anni il limite della minorità agli effetti dell'azione giudiziaria per violenze carnali anche se il partenario è consenziente.

Le donne della Commissione si sono dichiarate contrarie a quest'ultima proposta, perchè la donna è sessualmente matura e responsabile prima di 17 anni e quindi si avrebbe per solo risultato di creare artificialmente dei delinquenti.

In genere le tre donne, di cui due nubili, si sono dimostrate molto più indulgenti degli uomini verso i delitti sessuali. Dichiararono che è difficile tracciare il limite tra immoralità e delinquenza. Non sembrano preoccuparsi delle conseguenze sull'integrità fisica della razza.

(Dagli *Annali d'Igiene*, apr. 1926).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLVI. — Licenziamento per effetto di costituzione e modificazione di consorzi e di eventi analoghi.

Sono, purtroppo, frequenti i casi di licenziamento per effetto di costituzione, ricostituzione o modificazione di consorzi, di distacco di frazioni e di altri eventi analoghi. Si tratta di un argomento giuridicamente delicato, il quale ha anche importanza pratica notevolissima. Conviene esaminarlo con attenzione.

Il rapporto di impiego si scioglie tutte le volte che si verifica una novazione o modificazione oggettiva o soggettiva?

Posto così il quesito, in termini generali ed assoluti, la risposta negativa non può essere dubbia.

Se l'obbietto della prestazione si accresce o si riduce, potranno eventualmente variare le condizioni del corrispettivo, ma il rapporto giuridico *permane, perchè ha ancora una causa utile ed un obbietto valido.*

Si considerino alcune ipotesi di modificazione soggettiva. Se ad un Consorzio si aggrega un Comune o se una frazione — alla quale corrisponde la circoscrizione di una condotta — è costituita in Comune, si estingue senz'altro il diritto del titolare della condotta perchè sorge un ente nuovo (Comune, già frazione) o il Consorzio è modificato nella sua entità soggettiva? Questa conseguenza sarebbe sproporzionata, illogica e in contrasto con la efficacia del rapporto di impiego stabile. Già la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 29 dicembre 1925 n. 483, ric. Maronna contro Comune di S. Cesarea, ha riconosciuto che, in date circostanze, si verifica una vera e propria *successione* fra enti. Nel caso allora deciso si trattava precisamente di una frazione (S. Cesarea) costituita in Comune, e la V Sezione, dichiarando che il rapporto di impiego stabile permaneva, disse fra altro: « poichè il Comune di S. Cesarea era il successore parziale del Comune di Minervino, gli obblighi di questo Comune verso gli impiegati della frazione distaccata *si trasmettevano de iure nel Comune successore* ».

Non sempre si verifica un caso di successione; ma ho voluto esaminare questo esempio per dimostrare subito e con evidenza che sarebbe posto male il quesito e sarebbe eccessiva e quindi errata la conclusione positiva o negativa, se si dicesse che la modificazione oggettiva o soggettiva è sempre causa legittima di risoluzione del rapporto sul quale incide la modificazione. Si deve respingere anche l'eccesso opposto, che cioè il rapporto si trasmetta *sempre* all'ente successore.

Bisogna qui difendersi dalla influenza indiretta dei principi generali del diritto privato, e specialmente da quelli concernenti la novazione come causa estintiva delle obbligazioni. Queste regole non sono utili nemmeno per indiretta valutazione analogica di un principio di diritto, appunto perchè manca la base dell'analogia.

La questione, invece, deve essere posta così: *si verifica concretamente, una causa necessaria e legittima di risoluzione del rapporto di impiego stabile?* Da questo punto di vista non si può formulare una massima astratta ed assoluta; ma, pur ammettendosi che la costituzione di un nuovo ente, in date circostanze, *possa* essere causa di risoluzione, si deve stabilire *concretamente*, caso per caso, se questa causa si verifica *e se è legittima.*

Una frazione è costituita in Comune; questo è ente nuovo, diverso dal Comune al quale la frazione apparteneva; ma tale evento non è causa legittima e necessaria alla estinzione del diritto del titolare della condotta della frazione; il nuovo ente succede all'altro anche negli obblighi. Nè si può obbiettare che i rappresentanti del nuovo ente hanno diritto di scegliere un medico di loro fiducia: questa obbiezione si risolve in una petizione di principio, e, in ogni modo, prescinde dalla efficacia del rapporto di impiego stabile, la quale limita le facoltà dell'ente che al rapporto è vincolato e, quindi, anche dell'ente successore.

Altro caso: ad un Consorzio è aggregato un Comune, o da esso si distaccano alcuni Comuni: si verifica una modificazione soggettiva ed oggettiva, ma, salve — per certi riflessi — le facoltà di riordinamento del servizio, il rapporto di impiego stabile permane.

Ipotesi diversa: un Consorzio di più Comuni si scioglie; se la situazione degli impiegati non è regolata d'accordo, il rapporto si estingue. È questo il caso previsto dall'art. 30 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 446, il quale però attribuisce al medico licenziato una indennità pari ad un anno di stipendio.

Queste considerazioni ho avuto occasione di fare per un caso concreto che è utile segnalare per la sua singolarità.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

Ad un Comune di notevole importanza, nel quale prestava servizio un sanitario *stabile*, si era associato, in forma di Consorzio volontario, un comunello di 400 abitanti, che non aveva personale sanitario proprio. Poichè formalmente sorgeva un ente nuovo (Consorzio) fu licenziato, per questo solo motivo, il sanitario stabile. Ma in questo caso, e negli altri analoghi, il licenziamento è illegittimo, perchè manca una causa che renda necessaria la risoluzione del rapporto di impiego.

La questione di massima richiede certamente un esame più completo; qui ho voluto esporre piuttosto un punto di vista, per utile orientamento degli interessati nei casi pratici.

XLVII. — Criteri e limiti per il risarcimento del danno derivato da licenziamento illegittimo.

Dichiarato illegittimo il licenziamento di un impiegato, questi ha diritto al risarcimento dei danni. Ciò è ovvio. La misura del risarcimento varia, s'intende, a seconda dei casi, anche in dipendenza del comportamento successivo dell'ente: se questo per es. riassume poi in servizio l'impiegato, il danno è costituito dalle sole conseguenze patrimoniali già verificatesi; se invece non avviene la reintegrazione diretta, il danno è maggiore e corrisponde a tutte le conseguenze patrimoniali della perdita del posto.

Come deve essere considerata la situazione degli impiegati straordinari o avventizi? La Corte di Cassazione del Regno (I Sez. Civile), con sentenza 18 gennaio 1926 (ric. Comune di Acireale c. Guarrera) ha detto anzitutto che «per gli impiegati stabili la rivalsa del danno cui l'amministrazione è tenuta, a seguito di illegittimo licenziamento accertato dagli organi competenti, consiste nel rimborso degli stipendi e altri emolumenti per tutto il tempo in cui l'impiegato è stato privato dell'ufficio.

Ma, per gli impiegati avventizi illegittimamente licenziati, la rivalsa consiste nel risarcimento del danno *effettivamente* risentito; se pertanto l'avventizio, durante il licenziamento, trovò altra occupazione retribuita, questa va detratta dagli stipendi a lui spettanti per l'illegittimo licenziamento come del pari, se egli rimase disoccupato per sua colpa, di ciò va tenuto il debito conto nella liquidazione del danno.

Questa sentenza è importante perchè dichiara, in massima, che nel caso di licenziamento di un impiegato stabile, l'ente è obbligato a pagare tutti gli stipendi e gli altri emolumenti arretrati, per tutto il tempo in cui l'impiegato è stato privato dell'ufficio e dello stipendio, senza che si possa tener conto di eventuali lucri che frattanto la stessa persona abbia conseguito. Questa indagine invece è ammessa per gli impiegati avventizi o straordinari.

XLVIII. — Qualifiche per i dentisti pratici autorizzati.

Il Ministro della P. I. S. E. Fedele ha risposto così ad analogo quesito del Ministro dell'Interno:

« Questo Ministero conviene pienamente con codesta Onorevole Amministrazione nel ritenere « che i dentisti pratici autorizzati allo esercizio « della odontoiatria e protesi dentaria, ai sensi « delle disposizioni transitorie della legge 31 marzo 1912 n. 298, non possono fare uso nè della « qualifica di dottore nè di quella di medico chirurgo o soltanto di medico o di chirurgo.

« A termini delle disposizioni del vigente ordinamento scolastico universitario, la qualifica « accademica di dottore compete soltanto a coloro « che hanno conseguito una laurea e la qualifica « di medico chirurgo è qualifica professionale che « spetta esclusivamente a coloro che, avendo superato gli esami di Stato hanno ottenuto l'iscrizione nell'albo (art. 39 del regolamento generale « universitario approvato con R. D. 6 aprile 1924, « n. 674).

« *I dentisti abilitati all'esercizio professionale ai « termini delle disposizioni transitorie della legge « surricordata non possono far uso che del titolo « di* autorizzato all'esercizio dell'odontoiatria e « della protesi dentaria o al più del titolo di dentista autorizzato all'esercizio dell'odontoiatria e « protesi dentaria ».

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Assistenza sanitaria al personale dello Stato.

Nel n. 63 della *Gazzetta Ufficiale* è stato pubblicato il R. decreto 4 marzo corr. n. 415 recante le norme per l'assistenza sanitaria a favore dei personali civili e militari dello Stato inscritti all'Opera di previdenza, in applicazione del R. decreto-legge 3 gennaio 1926, n. 34.

L'istanza con la dichiarazione prescritta dal citato articolo 2 deve essere trasmessa dai signori Capi d'Ufficio direttamente alla Direzione generale della Cassa depositi e prestiti (Opera di previdenza del personale civile e militare dello Stato).

Acque minerali artificiali.

Una circolare del Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità Pubblica) ai prefetti, in data 15 marzo 1926, n. 20200.9 A.G. 7886, illustra il R. decreto 14 gennaio 1926, n. 125, che modifica l'art. 31 del Regolamento 28 settembre 1926, n. 1924, sulle acque minerali, nel senso di estendere anche al « nome » delle acque minerali autorizzate il divieto già sancito nei riguardi dei caratteri essenziali delle etichette; di prescrivere sugli involucri delle polveri, per la produzione estemporanea di acque minerali, la indicazione quantitativa e qualitativa, escluse le formule chimiche, dei singoli componenti.

Le norme dettate nei riguardi dei sali per la preparazione estemporanea di acque minerali non si applicano ai sali genuini ricavati dalle acque minerali autorizzate.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BAONE (*Padova*). — A tutto il 25 lug.; vedi fasc. 28.

BASSANO VENETO (*Vicenza*). — Scad. 31 lug.; primario med.; L. 8000 e 6 trienni ventes.; letti 200. Chiedere annunzio.

CARPI. *Congregaz. di Carità.* — Med. chir. radiologo presso l'Ospedale B. Ramazzini; scad. 31 lug.; vedi fasc. 28.

CASTIGLIONE DEL GENOVESE (*Salerno*). — Scad. 20 ag.; vedi fasc. 28.

GEROCARNE (*Grosseto*). — Due cond.; L. 7500 pel 20% popolaz.; addizion. L. 3; per cavalc. L. 3000; 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15. Scad. 23 luglio.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. Vedi fasc. 27.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Al 19 ag. vedi fasc. 28.

OLIVETTA S. MICHELE (*Imperia*). — Con Airole; al 31 lug.; L. 9000 e 10 bienni ventes.; L. 1000 indenn. ostetr.; L. 500 uff. san.; L. 2000 trasp.; L. 1200 c.-v. Tassa L. 50.15.

PADOVA. *Ospedale Civile.* — Med. prim. dei riparti per tubercolosi. Scad. 10 ag. Assistente effett. di chirurgia; scad. 31 lug. Vedi fasc. 27.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000, 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; indennità carica L. 3000; riconoscimento un terzo dei servizi prestati. Per schiarimenti rivolgersi all'Ufficio d'Igiene.

PODENZANA (*Massa-Carrara*). — Scad. 31 luglio. Vedi fasc. 27.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.).* — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

SAN PIER D'ARENA (*Genova*). — Primario med.; Scad. 31 lug.; vedi fasc. 28.

SENOSECCHIA (*Venezia Giulia*). — A tutto 31 ag.; consor. 5 com.; L. 11.000 e 4 quinquenni, oltre c.-v. statali, L. 3000 trasp. e L. 1000 uff. san.; Kmq. 50 c.; ab. 4250; iscritti 400. Età lim. 35 a. Due anni in reparti di med. e chir. in ospedale di riconosciuta import. o in condotta.

SERRA S. QUIRICO (*Ancona*). — Scad. 30 lug.; 2ª cond.; vedi fasc. 28.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Per Carano e tre borgate. Scad. 30 gg. dal 25 giugno; vedi fasc. 28..

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Sortino. Scad. 45 gg. dal 2 luglio. Stip. L. 7000 e 4 quadrienni dec. Se capo dell'uff. d'ig. indennità da fissarsi. Docum. a 3 mesi dal 2 luglio.

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile ed Istituto Esposti con Maternità.* — A tutto 10 ag. Direttore medico anatomico; L. 24.000 e 5 quadrienni 10%; caro-viveri; emolumenti per ricerche di Gabinetto; professione libera nella specialità compatibilmente colle esigenze di servizio. — Chirurgo primario della II Divisione e Primario otorinolaringoiatra dell'Ospedale Civile; L. 7.500 e 5 aumenti quadrienn. 10%; caro-viveri; emolumenti per dozzinanti; professione libera compatibilmente colle esigenze di servizio. — Per informazioni rivolgersi alla Segreteria.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). — Ab. 1805; altit. 1005 m. al 15 ag. Età lim. 40 a. L. 9500 e 4 quinquenni dec., L. 500 uff. san., L. 800 arm. farm.; tariffa abbientiva.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Con recente disposizione il prof. Filippo Caccia, capo reparto di chirurgia nell'Ospedale Militare di Roma, è stato promosso colonnello medico e destinato alla direzione dell'Ospedale Militare di Bologna. Rallegramenti.

Il dott. prof. Saverio Paparozzi è stato nominato consulente per le malattie d'orecchio, naso e gola nell'Ospedale « Bambino Gesù ».

Il dott. Jorge Francisco Tello è succeduto a Ramon y Cajal nella cattedra di istologia e anatomia patologica della Facoltà Medica di Madrid.

Il dott. Karl Sudhoff, professore emerito di storia della medicina a Lipsia, è nominato membro onorario della Reale Società di Medicina di Londra.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Grande Ufiziale: dott. Carlo Grotti, colonnello medico, console della M. V. S. N.

Commendatori: prof. Edoardo Calandra, segretario della Corporazione Sanitaria Fascista della provincia di Palermo; dott. Edoardo Pacitto, vicepresidente della Federazione Stomatologica Italiana; dott. Giuseppe Stanganelli, medico condotto di Mineo (Catania).

Ufiziale: dott. Guido Mantovani, ufficiale sanitario del consorzio medico di Arese (Milano).

NOTIZIE DIVERSE.

VII Riunione Neurologica Internazionale.

Organizzata dalla Società Neurologica di Parigi, si è tenuta nei giorni 1 e 2 giugno, alla Salpêtrière; venne discusso il tema: « I mezzi attuali di esplorazione del sistema simpatico in clinica e loro valore »; relatori André Thomas di Parigi e Soderbergh di Götenborg.

Quasi contemporaneamente ebbero luogo il Congresso francese di medicina legale e varie sessioni della Società di Neurologia e della Società medico-psicologica di Parigi.

XVIII Congresso della Società Freniatrica Italiana.

Sarà tenuto a Trento, nell'autunno del 1927.

Per tale riunione sono stati prescelti i seguenti temi:

1) « Tensione endocranica e suoi rapporti con le neurosi e con le psicosi », relatori proff. G. Ayala e Boschi;

2) « Le alterazioni della citotettonica corticale nelle malattie mentali », relatori proff. Cerletti e Bonfiglio;

3) « La capacità civile degli infermi ed anormali di mente nella legislazione attuale e possibili riforme di questa », relatori proff. Cappelletti e V. Bianchi.

Presidente del Comitato organizzatore del Congresso è il prof. Alberti, direttore del Manicomio di Pergine (Trento).

II Congresso della Società oto-neuro-oftalmologica.

Sarà tenuto a Roma nei giorni 20-21-22 ottobre secondo il deliberato del precedente Congresso di Napoli.

Il tema della relazione assegnato al prof. Barré di Strasburgo è il seguente: « La unificazione dei metodi dell'indagine vestibolare ».

In tale occasione per onorare la memoria del prof. Gradenigo la Società Oto-neuro-oftalmologica e la Società di Otologia, Laringologia e Rinologia terranno una seduta commemorativa.

Il termine utile per le adesioni, le domande di ammissione per i nuovi soci e la notifica delle comunicazioni scade il 25 settembre.

Per informazioni rivolgersi al segretario prof. Giorgio Ferreri, via Goito, 39 - Roma.

XXXV Congresso dell'Associazione francese di chirurgia.

Avrà luogo a Parigi, presso la Facoltà di Medicina, dal 4 al 9 ottobre, sotto la presidenza del prof. J.-L. Faure. Sono all'ordine del giorno i temi:

1) « Patologia della rotula », relatori Monchet (Parigi) e Tavernier (Lione);

2) « Operazioni conservative nelle lesioni infiammatorie degli annessi », relatori Michel (Nancy), Gervais de Rouville (Montpellier), e Mocquot (Parigi);

3) « Trattamento delle artriti gonococciche in evoluzione », relatori Michel (Nancy), e Mondor (Parigi).

Segreteria generale: rue de la Seine, 12, Paris 6-e.

Congresso francese d'alienisti e neurologi.

Il 30° Congresso degli alienisti e neurologi della Francia e dei paesi di lingua francese è indetto a Ginevra e a Losanna, per i primi di agosto; coinciderà col centenario della morte di Pinel e sarà presieduto da uno dei suoi discendenti, dott. René Semelaigne, e dal prof. Long. Temi:

Psichiatria: « Le schizofrenie », proff. Bleuler di Zurigo e H. Claude di Parigi;

Neurologia: « Il segno di Babinski; cause, meccanismo e significato », prof. Claude di Parigi;

Assistenza: « La terapia delle malattie mentali mediante il lavoro », proff. C. Ladame di Ginevra e M. Demay di Clermont.

Quota 30 franchi al tesoriere dott. Répond, avenue de Neuilly 44, Neuilly sur Seine (Francia).

L'Associazione Francese per il progresso delle Scienze.

Terrà il suo prossimo congresso a Lione dal 26 al 31 luglio. La XII Sezione sarà consacrata alla medicina e presieduta dal prof. J. Teissier. Saranno in discussione:

1) « Asistolie di origine riflessa », relatore Dumas;

2) « Evoluzione dei cloruri nell'organismo », relatore Florence;

3) Argomenti varî.

Congressi medici nord-americani.

La Società Americana per le Ricerche Cliniche si è adunata ad Atlantic City il 3 maggio; ha eletto presidente il prof. E. F. Du Bois, della Scuola Medica delle Cornell University di New York.

La Società Americana Gastro-Enterologica si è adunata ad Atlantic City il 3 e 4 maggio; ha eletto presidente il dott. F. W. White di Boston.

L'Associazione Psichiatrica Americana si è adunata il 9 e 10 giugno a New York.

Immediatamente prima ebbe luogo una riunione dell'Associazione Nazionale per lo studio dell'epilessia.

XIV Assemblea della Società Oftalmologica Ispano-Americana.

Si celebrerà a Salamanca, dal 15 al 18 settembre. Temi ufficiali: « Visione stereoscopica », dott. Diaz Caneja; « Dacriocistorinostomia », dottori Casadesús e Basterra; presidente F. Márquez; segretario F. Poyales.

VII Congresso latino americano.

Si terrà a Messico a partire dal 15 marzo 1927. Segretario del Comitato esecutivo è il dott. Angel Brioso Vasconcellos.

XVIII Congresso russo di chirurgia.

Si è adunato a Mosca dal 27 al 30 maggio. Furono trattati i temi: « Operazioni radicali dell'ernia inguinale e crurale e loro risultati remoti », prof. Martynoff; « Affezioni della milza, indicazioni della splenectomia e suoi risultati remoti », prof. Herzen di Mosca; « Trattamento chirurgico degli itteri da ritenzione », prof. Fedoroff di Leningrado.

Per una Società Internazionale di Medici Pratici.

Al recente Congresso dell'Asseiazione Medica Britannica, ad iniziativa del dott. F. Decourt, si sono gettate le basi di una Società internazionale dei medici pratici, avente precipuamente lo scopo di fornire informazioni per quanto concerne la pratica medica (esercizio professionale, sua tutela, deontologia, ecc.). Erano presenti i delegati di cinque altre nazioni.

Coordinazione delle biblioteche scientifiche in Inghilterra.

Si è costituita a Londra l'Associazione delle Biblioteche specializzate e degli Uffici d'informazione; essa ha lo scopo di esaminare, promuovere e coordinare le attività delle biblioteche scientifiche, degli uffici d'informazione bibliografica e simili, e di agire come organo centrale in tutto il Regno Unito. La sua opera verrà finanziata dalla Fondazione Carnegie. Le spese preliminari per la preparazione di un catalogo importeranno 12500 sterline (oltre 250,000 lire it.). Si è proposto di ammettere membri ordinari e associati, che corrisponderebbero quote annue di sterline 2 e 1 (equivalenti a lire 250 e 125 incirca).

Congresso di biblioteche mediche.

L'« Associazione delle biblioteche mediche » degli Stati Uniti ha tenuto la sua 29ª adunanza annua dal 7 al 9 giugno, ad Ann Arbor. Il discorso inaugurale fu pronunziato dal prof. H. Cabot, decano della Scuola Medica dell'Università di Michigan. Notevole una relazione di W. W. Bishot sul tema: « Lo stato attuale della bibliografia internazionale nelle scienze ». Nella « W. L. Clemens Library » fu fatta un'esposizione di libri antichi e rari di medicina, ordinata dal prof. A. S. Warthin, direttore del Laboratorio di patologia dell'Università di Michigan.

Dal 28 giugno al 3 luglio si è adunato a Praga un Congresso internazionale di bibliotecari e amici del libro; vi era annessa una Esposizione.

Cooperazione tra biblioteche mediche di Chicago.

I rappresentanti delle principali biblioteche mediche di Chicago hanno tenuto, l'8 maggio, una conferenza per addivenire a un'intesa in merito agli acquisti, così da evitare che uno stesso libro o periodico di scarsa consultazione venga acquistato da più biblioteche, provvedere all'acquisto di esemplari di opere rare e preziose, rendere attuabili gli scambi. Gl'intervenuti discussero i benefizi che deriverebbero da siffatta intesa. Fu costituito un Comitato per concretare le norme della cooperazione; a presiederlo fu chiamato il clinico medico della città, prof. William F. Petersen.

L'Università Johns Hopkins.

Celebrerà il cinquantenario della sua fondazione il 22 e 23 ottobre. L'avvenimento più importante sarà l'inaugurazione dei nuovi locali della Scuola d'Igiene e Sanità Pubblica, che sono costati 1 milione di dollari: sarà una solenne affermazione dell'incremento che negli Stati Uniti s'intende imprimere all'igiene o medicina preventiva, a complemento, non già in opposizione, della medicina clinica.

Terranno discorsi inaugurali il prof. Andrew Balfour, direttore della Scuola d'Igiene e Medicina tropicale di Londra, e il prof. F. Neufeld, direttore dell'Istituto per le Malattie infettive di Berlino. Tra gli altri oratori sarà il dott. Ira Remsen, unico sopravvivente dei sette professori che costituivano la Facoltà Medica quando venne fondata l'Università.

Alla cerimonia interverranno altissime personalità della politica e della scienza. Sono stati diramati gl'inviti a 12,000 antichi studenti dell'Università.

Nella Facoltà medica di Palermo.

A suo tempo questa Facoltà aveva deciso di istituire come 18ª cattedra di ruolo l'insegnamento ufficiale della Chimica per i Medici, la quale deve essere impartita in due anni e cioè: agli studenti di primo anno verrà insegnata quella parte di chimica generale inorganica ed organica che inte-

ressa specialmente i medici; ed agli studenti di quarto anno verrà insegnata la chimica applicata alle varie branche di medicina.

Nella sua ultima seduta la Facoltà ha stabilito di fondare un Istituto apposito il quale verrà costruito sopra l'attuale Istituto di Farmacologia.

Clinica per malattie della vecchiaia.

È stata ora istituita presso la Facoltà Medica Czeca di Praga ed affidata al prof. A. Eiselt; dispone di 83 letti e di un ambulatorio; vi sono addetti due assistenti. La Clinica assume speciale valore in quanto che col 1° luglio è entrata in vigore nella Repubblica Czeco-Slovacca l'assicurazione obbligatoria contro l'invalidità e la vecchiaia.

Istituti ortopedici in Argentina.

Il dott. R. Finocchietto, di Buenos Aires, è stato delegato a studiare i centri di ortopedia e rieducazione di altri Paesi, per fondare poi in Argentina tre istituti destinati a curare e educare gli storpi.

Per gli ospedali di New York.

Era stata stanziata la somma di 50 milioni di dollari, pari ad un miliardo e mezzo di lire it., per accrescere l'efficienza degli ospedali di New York.

Il governatore della città, sig. Smith, con ordinanza del 6 maggio u. s. ha stanziato un quarto di questa somma per l'esercizio finanziario in corso.

Uno stanziamento uguale era già stato fatto l'anno passato.

Nuovo Istituto Antirabbico a Milano.

È sorto lungo la via Francesco Sforza, su di un'area di proprietà dell'Ospedale Maggiore. Si deve alla munificenza del sig. Luciano Bosisio, che per onorare la memoria di due care defunte aveva elargito all'Ospedale Maggiore L. 150,000, destinandole prima all'erezione di un Padiglione di Radiologia e poi devolvendole al progettato Padiglione per la cura antirabbica. Il Reparto sarà intitolato ad Annetta e Carolina Bosisio.

Dopo l'inaugurazione ufficiale l'on. Lanfranconi consegnò al Bosisio una medaglia d'oro decretatagli dal Consiglio degli Istituti Ospitalieri.

Un padiglione per malattie nervose e per le cure fisiche a Ferrara.

Venne inaugurato alla Poliambulanza il 27 giugno, presenti il sindaco e un pubblico elettissimo, tra cui i più eminenti medici della città.

Parlarono il presidente della Poliambulanza sen. Niccolini, il direttore prof. Alfredo Gatti e il prof. Gaetano Boschi, il quale con un magnifico discorso illustrò il còmpito e le funzioni del nuovo Padiglione.

Provvedimenti a favore dei minorati di Guerra.

Su proposta del Ministro delle Finanze, il Consiglio dei Ministri ha approvato uno schema di provvedimenti concernenti nuove concessioni a favore di alcune categorie di minorati meritevoli di particolari considerazioni (grandi mutilati, invalidi di prima categoria, tubercolotici, ufficiali di carriera, ecc.), nonchè taluni ritocchi alle vigenti norme intese a precisare ed a perfezionare la legislazione sulle pensioni di guerra in relazione ai suggerimenti dell'esperienza, anche per quanto attiene alla materia procedurale.

Insieme alle nuove provvidenze, in armonia ai fini moralizzatori della riforma delle pensioni di guerra, è sancita la indegnità al beneficio anche nei casi di abbandono di posto avanti al nemico e di altri gravi reati militari.

La Festa del Fiore a Cesena.

Fin dal 1920 l'Associazione Antitubercolare Cesenate nella prima domenica di giugno, ricorrenza dello Statuto, ha fatto la Festa del Fiore, festa istituita e promossa fino da quell'epoca dalla Croce Rossa Italiana.

Anche quest'anno, gruppi di signore, signorine e cavalieri percorsero le vie della città per la distribuzione dei fiori e mazzi di fiori ai cittadini, fiori che erano stati in precedenza raccolti e regalati.

Il ricavato della Festa è stato di L. 2090, somma che servirà all'Associazione Antitubercolare Cesenate per far fronte alle numerose spese che incontra per sussidi alimentari da distribuirsi ai tubercolosi e per l'invio al mare dei bambini predisposti che frequentano il Dispensario Antitubercolare, gestito dalla C. R. I. s.

Gli esami delle infermiere della Croce Rossa.

La Scuola-Convitto della Croce Rossa Italiana presso le Cliniche universitarie ha chiuso ora il suo anno di studio, presentando agli esami di diploma 13 allieve, delle quali 10 sono state approvate con ottimi voti.

Si va ora compiendo il corso superiore che dovrà dare l'abilitazione per posti direttivi, cui le allieve saranno ammesse con criteri di grande rigidità.

Presso il Comitato Centrale della Croce Rossa, via Torino 12, Roma, sono aperte le iscrizioni per il nuovo corso che avrà inizio il 1° ottobre.

Scambi colturali.

Il prof. M. Conto, presidente dell'Accademia Medica del Brasile, ha eseguito un viaggio in Germania ed in Francia, tenendo varie conferenze innanzi a corpi scientifici.

All'Accademia Medica di Parigi egli ha parlato della « sindrome di perforazione dell'aorta »; ha poi consegnato al presidente dell'Accademia, prof. Bar, un messaggio dell'Accademia di Rio e un collare simbolico.

Il prof. L. Morquio, di Montevideo (Uruguay), ha tenuto a Parigi una conferenza sulle « Cisti idatidi del polmone nei bambini ».

Nella stampa sanitaria.

L'Associazione Medica Britannica ha assunto la pubblicazione del « Journal of Neurology and Psychiatry », a periodicità trimestrale; ne è redattore capo il dott. S. A. Kinnier Wilson; abbonam. 30 scellini da inviare a: Financial Secretary, British Medical Associat'on, Tavistock Square, London W. C. 2.

Si annunzia la pubblicazione del primo numero della « Revue médico-chirurgicale des Maladies du Foie, du Pancreas et de la Rate », sotto il patronato di Delezenne, A. Gilbert. H. Hartmann e sotto la direzione di Abrami Villaret e N. Fiessinger, con un denso consiglio scientifico.

Iniziano la pubblicazione gli « Annales de l'Institut d'Actinologie »; il comitato di redazione è composto dei dottori Saidman, Dufestel, Colanéri e Robine; il primo numero risulta di 150 pagine e 14 tavole, contiene 17 articoli e numerose recensioni.

La direzione del « Pensiero Medico » di Milano è stata assunta dal prof. Ernesto Bertarelli, direttore del R. Istituto d'Igiene di Pavia, un veterano del giornalismo medico italiano.

Borse di studio americane.

La Scuola di Perfezionamento in medicina dell'Università di Pennsylvania, in cooperazione con il « Commonwealth Fund. » di New York, ha costituito quattro borse di studio in neuropsichiatria, con speciale riguardo all'educazione infantile; ogni borsa ha la durata di tre anni ed importa da 2000 a 2600 dollari l'anno (equivalenti a 60,000-80,000 lire it. circa); decorreranno dall'11 ottobre prossimo. Le richieste vanno indirizzate al decano della Scuola, Dr. George H. Hecker, Dean, Graduata School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia (S. U. d'A.).

Donazioni americane all'Europa.

Il direttore generale dell'Assistenza pubblica in Francia ha ricevuto dal sig. George Blumenthal di New York la somma di 60,000 dollari, pari a circa un milione e mezzo di lire it., destinate a costruire un padiglione di otorinolaringologia nell' « Hospital des Enfants Malades » di Parigi.

La Scuola Medica del St. Thomas' Hospital di Londra ha ricevuto dalla Rockefeller Foundation 75,000 dollari, pari a circa 2 milioni di lire it., quale concorso alla costruzione di nuovi laboratorî destinati all'insegnamento della medicina.

Premio Voronoff.

Il dott. Sergio Voronoff ha istituito, presso la « Umfia » un premio di 10,000 franchi con un supplemento di 5000 franchi, per il miglior lavoro sul tema: « Iper- ed ipofunzionamento delle glandole a secrezione interna ». I concorrenti devono appartenere ad una nazione latina: Francia, Italia, Spagna, Belgio, Portogallo, Romania, America meridionale e centrale.

Concorsi a premi in ostetricia.

L'Associazione Medica Britannica ha ricevuto la somma di 1000 sterline (pari a 127,000 lire it.) dalla dott.sa Katherine Harman, vedova del tesoriere dell'Associazione, per stabilire un premio destinato allo studio dei problemi inerenti all'ostetricia. La donatrice suggerisce che il premio venga assegnato ogni due anni per il miglior lavoro su argomenti designati dal Consiglio dell'Associazione oppure per premiare lavori già avviati, che promettano buoni risultati.

Premi per materiale di pronto soccorso.

Il Comitato Internazionale delle Croci Rosse ha stabilito, in conformità alle decisioni della XII Conferenza Internazionale delle Croci Rosse, di stanziare 100,000 franchi svizzeri per istituire premi per materiale di pronto soccorso. Il materiale verrà esposto a Ginevra nel prossimo autunno, ma deve raggiungere il Comitato (Promenade du Pin 1, Genève) non oltre il 1° agosto. Sarà esente da tassa doganale. Il Comitato sollecita i mecenati a voler aumentare la somma stanziata. Sarà costituito un giurì internazionale.

Vittime dei raggi X.

Il dott. J. Sall Edwards, maggiore medico, radiologo a Birmingham, ha avuto amputati l'avambraccio sinistro e quattro dita della mano destra a causa di radio-dermatiti; di recente è stato colpito da sintomi d'insufficienza cardiaca, ma continua a prendere parte attiva alla vita pubblica, quale consigliere comunale. L'Associazione Medica Britannica gli ha conferito il titolo di membro onorario a vita.

Il dott. Félix Lobligeois, radiologo dell'Ospedale Bretonneau di Parigi, aveva già subìto varî interventi; ultimamente gli si è dovuto amputare un braccio.

È morto a Narbonne, a 48 anni, Leon Ange, che aveva subìto varie amputazioni a causa dei raggi X.

L'Accademia di scienze morali e politiche su proposta di Reballian ha conferito al dott. Massime Menard il premio fondato nel 1894 dalla vedova Audifred per onorare i più belli ed i più grandi eroismi, di qualunque genere essi siano.

Il dott. Menard dirige il gabinetto di elettroradiologia dell'Ospedale Chochin ed è stato mutilato più volte in seguito a lesioni riportate nella pratica radiologica. Il premio che gli è stato conferito è di 15,000 franchi.

Onoranze al Prof. Betcherew.

È stato festeggiato a Leningrado il prof. Wladimir Mikhailovich Betcherew, illustre neuropatologo e biologo, in occasione del suo 40° anno d'insegnamento.

I medici della Cecoslovacchia.

La Società Centrale dei Medici della Czecoslovacchia ha pubblicato un annuario da cui risulta che nella repubblica vi sono circa 8000 medici di cui 7500 esercitano la medicina generale; poichè gli abitanti sono 13,500,000, si viene ad avere un medico ogni 1800 abitanti.

Per le visite alle Stazioni balneari in Cecoslovacchia.

Chi intende visitare queste importanti stazioni balneari godrà di una riduzione in ragione del 50 per cento sulle ferrovie statali czecoslovacche, purchè il soggiorno di cura in quei luoghi raggiunga la durata di almeno 10 giorni. Informazioni dettagliate forniscono i Consolati Czecoslovacchi in Italia.

Per la limitazione delle nascite negli Stati Uniti.

Il dott. James F. Cooper, della « American Birth Control Ligue », ha tenuto una serie di conferenze innanzi a società mediche e ad altre organizzazioni, sul « dovere sociale ed umanitario della limitazione delle nascite ».

La fine del premio Nobel.

Il Parlamento Svedese ha rigettato una mozione avanzata da un gruppo di deputati di tutti i partiti perchè fosse abolita l'imposta sul premio Nobel. L'anno scorso la tassa superò l'entità del premio: un vero *record* di fiscalismo. Di modo che il premio può considerarsi finito!

Uno sciopero all'Ospedale di Canton.

Ai primi di aprile l'« Unione Mista dei Lavoratori » di Canton (Cina) ordinava lo sciopero nell'Ospedale, impedendo così l'accettazione degli ammalati e il rifornimento dei viveri; venivano anche tagliate le condutture dell'acqua e dell'elettricità. Picchetti armati di randelli hanno fatto rispettare rigorosamente gli ordini impartiti dai dirigenti. La Sezione meridionale dell'Associazione Medica Cinese ha votato, mentre lo sciopero era in pieno svolgimento, l'8 aprile, una protesta vibratissima contro quest'azione inumana. Ha illustrato le benemerenze dell'Ospedale di Canton, che da 90 anni copie opera caritatevole, senza nulla chiedere in compenso; si deve ad esso l'introduzione in Cina della medecina moderna.

Si è spento sir W. B. Leishman, universalmente noto per la scoperta del parassita del kala-azar, *Leishmania donovani*. Ne daremo più ampia notizia prossimamente.

È morto a Londra, in età di 86 anni, il dottor Axham, apprezzato chirurgo, le cui recenti vicende vennero da noi tracciate nel n. 18, p. 646.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 26 Luglio 1926 Fasc. 30

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA.
Divis. Medica diretta dal prof. ANTONIO FAGIUOLI

L'indice emotonico e la resistenza dei globuli rossi nella tubercolosi polmonare.

Dott. CARLO SECCO, assistente.

In una nota precedente dimostrai come la pressione arteriosa, la cutireazione e la reazione di Moritz Weiss possano spesso rappresentare un valido sussidio all'esame anatomo-clinico per stabilire la prognosi in pazienti affetti da tubercolosi polmonare. Riferisco ora i risultati di una serie di ricerche istituite su circa 170 tubercolosi allo scopo di vagliare l'importanza prognostica di altre due indagini: l'indice emotonico e la resistenza globulare.

***

Nel 1923 il Declairfayt definì come indice emotonico il rapporto fra tasso emoglobinico, numero dei globuli rossi e pressione arteriosa e gli assegnò un grande valore prognostico. In condizioni normali, con un sistema circolatorio indenne, esiste secondo l'A. una relazione costante tra pressione arteriosa massima, numero degli eritrociti e tasso emoglobinico, relazione che egli espresse con la equazione: $\frac{T\ (1)}{G \times Hb} = 3$; dimostrò inoltre che un indice emotonico oscillante fra 3 e 4 è normale e quindi di ottimo significato progno-

(1) T, è la pressione massima data in millimetri; G, indica i globuli rossi ed Hb, l'emoglobina; entrambi espressi solamente dalla prima cifra dei valori trovati, non tenendo l'A. conto, nei calcoli, dei decimali.

stico, un indice di 5 è soddisfacente, di 6 è cifra limite in quanto valori superiori di 8, 9, ecc., esprimono prognosi infausta.

Il Declairfayt nel fissare tale indice si inspirò ad un lavoro del Martinet sul rapporto costante fra viscosità del sangue ed ipertensione e sostituì al valore viscosità il valore emoglobina X globuli rossi; concetto questo già espresso anche dal Ludwig e dal Landois i quali trovarono un parallelismo fra pressione ed elementi morfologici del sangue e dal Determann che dimostrò un intimo nesso tra viscosità e contenuto emoglobinico.

Il Goglia che prima di me studiò l'indice emotonico in pazienti affetti da tubercolosi polmonare concluse che: « la ricerca non è applicabile alla tubercolosi polmonare perchè i valori dati dall'A. per poter dedurre una attendibile previsione, non corrispondono affatto nè ai risultati forniti dall'esame clinico nè al decorso dell'affezione morbosa ».

Io ho diviso i miei malati in due gruppi: una parte con tubercolosi polmonare attiva, febbricitanti ed in cattivo stato generale, gli altri con forme polmonari non evolutive, apirettici ed in buone condizioni di nutrizione; nello stesso paziente eseguii inoltre parecchi esami seguendo per alcuni mesi il decorso della forma morbosa.

I risultati ottenuti furono non soltanto discordi tra loro ma spesso diversi nello stesso soggetto anche in esami ripetuti a breve distanza. Infatti l'indice emotonico nella quasi totalità dei casi studiati, indipendentemente dalla gravità della forma, oscillò fra tre e sette. Risultato del resto secondo me più che logico in quanto se noi consideriamo singolarmente i tre fattori che concorrono a formare l'indice emotonico vediamo come essi varino non solo da individuo ad individuo, qualunque sia il decorso della forma morbosa, ma anche nello stesso soggetto in esami diversi: variazioni queste che naturalmente influiscono in modo sensibile sul prodotto finale espresso dalla formula emotonica.

Nelle mie ricerche infatti ho trovato che il valore del tasso emoglobinico è assai incostante e prettamente indipendente dalla gravità della malattia, tanto che può essere alle volte notevolmente diminuito nelle forme iniziali e normale o quasi nelle forme avanzate.

Anche per i globuli rossi valgono le stesse considerazioni avendo rilevato una indipendenza fra il loro numero e la gravità della malattia. Del resto è ben noto che il numero degli eritrociti contenuti in un mmc. di sangue oscilla non poco anche in soggetti normali; senza considerare che l'ordinario conteggio che di essi suol farsi ci informa soltanto circa il numero relativo di essi, mentre nulla ci dice riguardo al loro numero totale. Se, ad esempio, per una maggiore introduzione di liquidi nell'organismo penetra acqua nel sangue, il numero degli eritrociti per mmc può essere diminuito nel momento della ricerca, senza che ci sia nel tempo stesso diminuzione di numero totale. Oltre a ciò gli eritrociti possono trovarsi in certe circostanze distribuiti in quantità diverse nei diversi distretti vasali.

La pressione arteriosa è forse il dato meno fallace in quanto, come io stesso in precedenti ricerche ho rilevato, essa si presenta normale nei tubercolosi iniziali ed in buone condizioni generali, bassa invece nei gravi, febbricitanti, con lesioni tubercolari diffuse. Però se tali valori di pressione presi nelle loro medie possono illuminarci approssimativamente nel concetto prognostico, acquistano invece ben scarsa importanza quando vengono usufruiti per costituire un rapporto, in quanto su questo influiscono anche le minime oscillazioni. La pressione infatti che è la risultante dinamica di vari fattori, risente ad ogni istante delle variazioni funzionali di questi, essendo alle volte la pressione massima di 135-140 altre volte di 110-120 indipendentemente dalle condizioni di malattia; più bassa al mattino, si innalza nella giornata per riabbassarsi nel sonno sotto influenze vasodilatatrici diverse; senza notare che vi sono delle ipertensioni di origine vasale neurospastica e delle ipotonie vasogene.

Queste le considerazioni che secondo me destituiscono di qualsiasi valore prognostico l'indice emotonico e che trovano conferma nei risultati delle mie ricerche.

* * *

Sulla resistenza globulare nella tubercolosi polmonare esiste già una ricca letteratura, ma diversi e contradditori sono i risultati ottenuti. Mentre alcuni osservatori trovarono cifre di emolisi normali nelle diverse forme di tubercolosi (Cade, Morel, Roubier); altri misero in rilievo valori quasi normali soltanto nelle forme iniziali, ed una leggera diminuzione di resistenza nelle forme gravi, febbricitanti (Richard, Liebermann, Fillinger, Maragliano, Chkliarevitch); altri ancora (Valenti) constatarono un aumento nelle forme gravi, febbricitanti, mentre nelle forme miti o a decorso cronico o con lesioni iniziali, i valori si aggirerebbero in limiti pressochè normali. C'è infine taluno (Veyrassat) che è portato a concludere, data la grande diversità dei reperti nelle diverse forme di tubercolosi polmonare, che in tale malattia lo studio della resistenza globulare non può condurre a conclusioni precise.

Nelle mie ricerche ho usato il metodo del Vaquez, Ribierre, Chauffard.

In una serie di 22-24 provettine numerate ho messo delle soluzioni di NaCl di titolo successivamente decrescente (per ogni tubo di 0,02 %), da un titolo massimo di 0,70 fino a quello di 0,28-0,26. Preparata una soluzione madre di NaCl al 0,70 % ho messo nel I tubetto della serie settanta gocce della soluzione madre, nel II sessantotto della soluzione stessa e due di acqua distillata, nel III sessantasei e quattro di acqua distillata, diminuendo successivamente per ogni tubo di due gocce la soluzione salina ed aumentando di due l'acqua distillata. In ogni provettina così preparata facevo cadere una goccia di sangue raccolto dalla vena del paziente, agitavo per ottenere una miscela omogenea e dopo aver lasciato depositare per 10 m' centrifugavo. L'emolisi iniziale (Rmn) è data dalla provettina in cui si comincia a notare nel liquido sovrastante alle emazie sedimentate la comparsa di un leggero colorito giallastro; l'emolisi media (Rmd) dal tubo nel quale la soluzione salina assume una colorazione nettamente rosea; l'emolisi totale o massima (Rmx) dalla provetta che non presenta più al fondo alcun sedimento di globuli rossi.

Ho eseguito delle prove preliminari sul sangue di individui normali (circa trenta) per stabilire la media dei valori della resistenza minima e massima, che oscillarono per la minima fra 0,46 e 0,44 e per la massima fra 0,36 e 0,34. Lo stesso Vaquez dà valori pressochè eguali e cioè di 0,44-0,48 per la resistenza minima e di 0,32-0,34 per la massima, mentre per Ribierre la prima oscillerebbe fra 0,42 e 0,44 e la seconda fra 0,34 e 0,36.

Anche in queste esperienze ho diviso in due gruppi gli ammalati cercando nel miglior modo possibile di tenerli nelle medesime condizioni di esperimento, a riposo, con eguale sistema dietetico, privati di medicinali. Nelle forme gravi, con estese lesioni, febbricitanti (circa quaranta), la media dei valori della resistenza globulare oscillò fra 0,42-0,40-0,38 per la minima e fra 0,32-0,30 per la massima; nel secondo gruppo invece, comprendente soggetti con forme iniziali, in condizioni generali buone, apirettici o con lievi rialzi termici (circa trenta), ho trovato dei valori normali o subnormali; mai ebbi a notare in questi casi aumento delle due resistenze. Tali miei dati collimano con quelli riferiti dal Valenti nelle sue osservazioni.

Come spiegare l'aumento di resistenza da me trovato pressochè costante nelle forme più gravi? Accettando l'ipotesi di Landouzy, Gougerot e Salin che sostengono l'esistenza di emolisine prodotte dal bacillo tubercolare (le quali fissandosi ai globuli rossi ne diminuirebbero la resistenza) si può pensare che esse distruggendo i globuli rossi meno resistenti lascino intatti i più resistenti; oppure che dette emolisine provocando una continua distruzione di globuli rossi vecchi, determinino da parte degli organi ematopoietici una vicariante entrata in circolo di elementi giovani capaci perciò di resistere più efficacemente ag'i agenti emolitici.

Prescindendo dalle considerazioni puramente ipotetiche per cercar di spiegare il fatto messo in rilievo, credo di dover concludere che l'aumento della resistenza globulare nelle forme gravi di tubercolosi polmonare da me quasi costantemente rilevato non può venir utilizzato praticamente come sussidio nel giudizio prognostico in quanto se le cifre ottenute in tali malati dimostrano in realtà un aumento nella resistenza massima e minima, purtuttavia le differenze dai valori normali appaiono così poco sensibili da non consentire deduzioni utili e sicure.

BIBLIOGRAFIA.

CADE-MOREL-ROUBIER. Province Méd., 14, XI, 1908.
CHKLIAREVITCH. Annali dell'Accad. Med. di Pietroburgo, 1901.
DECLAIRFAYT. Scalpel, 1923, n. 52.
GOSDSITSKI. Annali dell'Accad. Med. di Pietroburgo, 1902.
GOGLIA. Minerva Medica, 1925, n. 29.
LIEBERMANN e V. FILLINGER. Deut. Med. Woch., 1912, pag. 462.
LIMBECK. Rager Med. Wochenschr., n. 28-29, 1890.
LUSTIG-GALEOTTI. *Trattato di patologia generale.* S.E.L., Milano.
MARAGLIANO. Accad. Med., 1885 - 1886 - 1887; Berlin. Klin. Wochensch., n. 43, 1887; Zeitsch. f. Klin. Med. Berlin, Bd. XXI, 415, 1892.
RICHARD. Province Méd., 18, V, 1908.
SECCO. Giornale di Clinica Medica, 1925, fasc. IV.
TIGERSTEDT. *Trattato di fisiologia.* Casa Ed. Sapientia, Napoli.
VALENTI. Clin. Med. Ital., 1909.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI UDINE.
Divisione medica femminile diretta dal prof. PAPINIO PENNATO e Divisione pediatrica diretta dal prof. GUIDO BERGHINZ.

Osservazioni statistiche sopra un decennio di cure antitetaniche

per il dott. FERDINANDO MAIERON, assistente.

La grande affinità che la tossina tetanica dimostra per le cellule del sistema nervoso centrale mette in dubbio, com'è noto, l'efficacia della sieroterapia a malattia conclamata. E mentre tutti sono d'accordo nel riconoscere all'azione profilattica del siero i più brillanti risultati ed il grande merito di aver ridotto di due terzi almeno i casi della terribile malattia, quando, a tetano generalizzato, trattasi di provare l'azione curativa dell'antitossina, lo scetticismo di molti arriva anche oggidì ad ignorare tale mezzo terapeutico.

Avendo avuto occasione di constatare i risultati della cura col sistema sieroterapico e quello soltanto sedativo mi è sembrato interessante vedere se dall'esame di due gruppi di tetanici, diversamente trattati, fosse possibile giungere a qualche utile conclusione.

Sono i casi di tetano capitati nei due reparti e presi in cura dal 1915 ad oggi; non ho considerato tre adulti e tre bambini deceduti poche ore dopo l'ingresso e per i quali non fu possibile iniziare alcuna cura.

Per il primo gruppo, del prof. Pennato (adulte), la cura si limitò a combattere l'aumentata eccitabilità riflessa, le contrazioni, l'asfissia. Fu prescritta perciò l'assoluta tranquillità e quiete dell'ambiente, le forti dosi di cloralio idrato per lo più per via rettale; le iniezioni ipodermiche di acido fenico alla Baccelli. Si ricorse qualche volta, ma sempre con criterio esclusivamente sintomatico, ad altri presidi terapeutici come il solfato di magnesio, la morfina, l'atropina; al bagno caldo buon coadiuvante della cura sedativa e risolvente delle contratture.

Con tale metodo curativo, quel maximum di buoni risultati che è possibile sperare dal trattamento della grave malattia si dovrebbe ottenere.

Per il secondo gruppo invece, del prof. Berghinz (bambini), tutto questo venne considerato di secondaria importanza e di solo valore coadiuvante e complementare alla sieroterapia alla quale si concedette il primo posto anche nelle forme di tetano grave, universale.

Quindi iniezioni giornaliere per via endorachidea e sottocutanea contemporaneamente, di 20-25 mila unità di siero (I. S. M.) ciascuna, ripetute per alcuni giorni (3-4) fino ad ottenersi un inizio di miglioramento, qualche clistere di cloralio, precauzioni per la quiete e la tranquillità dell'ambiente. Ma sopratutto dalla elevata quantità di siero iniettato, vera inondazione dell'organismo, come è stato detto, il prof. Berghinz ripete spesso i più brillanti risultati.

Davanti a dei criteri così diversi di valutazione della sieroterapia antitetanica, ho voluto dunque vedere, tenendo conto naturalmente, per quanto possibile, di tutti i diversi fattori che possano contribuire ad un esito piuttosto che all'altro (gravità della forma, inizio precoce o tardivo della cura, ecc.), a quale dei due dessero ragione i risultati pratici ottenuti.

Il problema è certo complesso, nè si pretende qui di risolverlo con questo semplice raffronto tagliando senz'altro netto in pro o contro la sieroterapia.

Credo solo di fare cosa non inutile esponendo da una parte, un gruppo di casi sieroterapizzati e dall'altra un gruppo di casi non sieroterapizzati e confrontandone i risultati.

Illustrerò infine separatamente due casi atipici di tetano gravissimo che mi sembrano rivestire particolare interesse.

Raccolgo in tabelle distinte i casi dei due gruppi, riassumendo per ciascuno di essi i dati più importanti circa la gravità ed il decorso e la cura complessiva.

Dall'esame delle tabelle risulta adunque:

Delle 21 tetaniche non sieroterapizzate, la guarigione fu ottenuta in 13 casi (62 %).

Fra le otto ammalate che soccombettero notiamo tre casi gravissimi che presentarono fin dall'insorgere dello stato tetanico sintomi allarmanti a carico del cuore e del respiro, disfagia insuperabile, febbre elevata; gli altri casi ad esito infausto erano pure di alta gravità e tutti febbrili. Le guarigioni si ebbero sette volte in casi gravi febbrili, quattro volte in casi di modica gravità, due in casi leggeri. La temperatura massima raggiunta nei guariti fu 38.3; nei casi ad esito letale, si mantenne in genere elevata sui 39°, raggiunse una volta, nel quadro finale, l'iperpiressia (41.6°).

Il periodo d'incubazione della malattia fu in media dai 10 ai 15 giorni con un minimo di 7 ed un massimo di 18 giorni.

Non noto differenze notevoli, per quanto riguarda la durata dell'incubazione, tra i casi a decorso grave e quelli a decorso più mite: il massimo di 18 giorni è dato da un caso che ebbe decorso gravissimo e che fu preso in cura 2 giorni dopo l'inizio dei sintomi.

GRUPPO I.

N. progressivo	Nome, Cognome, Età, Data d'ingresso all'Ospedale	Periodo d'incubazione della malattia	Giorni trascorsi dai primi sintomi all'inizio della cura	Sintomatologia nel suo acme di gravità	Durata della malattia in atto	Cura praticata	Esito	Osservazioni
1	D... Amalia anni 15 27-IV-1915	—	—	Accessi tetanici intensi.	34 giorni	Cloralio	Guarigione.	—
2	C... Serafina anni 36 7-V-1916	—	—	Id.	35 giorni	Id.	Id.	—
3	T... Emma anni 34 12-V-1916	18 giorni	2 giorni	Trisma, opistotono; frequenti ed intensi gli accessi generali; frequentissimi piccoli accessi. Deglutizione impossibile. Temperatura 39°.2; polso 120' aritmico.	8 giorni	Clisteri di cloralio più volte al giorno.	Morta il 17-V-1916	Ferita al piede destro.
4	C... Caterina anni 46 18-V-1916	7 giorni	2 giorni	Accessi di trisma e tetano dei muscoli del dorso molto intenso; cefalea intensa, dispnea, cianosi. Deglutizione difficile. Temperatura 38°.	4 giorni	Id.	Morta il 20-V-1916	Ferita al piede sinistro.
5	S... Susanna anni 37 10-VIII-1916	8 giorni	8 giorni	Modico trisma; apre e chiude gli occhi e corruga la fronte con molta difficoltà. Vivissime odontalgie.	16 giorni	Bagno caldo gionaliero.	Guarita il 19-VIII-1916	Ferita alla radice del naso.
6	G... Maria anni 12 24-VII-1916	10 giorni	2 giorni	Accessi tetanici quasi continui, molto dolorosi. Deglutizione impossibile. Polso 140'. Respiro 40'. Temp. 41°,6.	5 giorni	Clisteri di cloralio più volte al giorno.	Morta il 26-VII-1916	Ferita al piede destro.
7	L... Luigia anni 35 17-VIII-1916	7 giorni	3 giorni	Trisma, opistotono, accessi molto intensi. A volte perde le orine, a volte ha bisogno di siringazione. Temp. 38°.9; polso aritmico. In ultimo il polso cade a 56' e l'ammalata si assopisce.	9 giorni	Clisteri di cloralio più volte al giorno.	Morta il 23-VIII-1916	Ferita al piede destro.
8	V... Rosa anni 50 20-V-1917	—	—	Accessi tetanici intensissimi. Fenomeni bulbari.	—	Id.	Morta l'8-VI-1917	—
9	D... B... Adele anni 22 2-VI-1917	7 giorni	1 giorni	Trisma, opistotono, accessi continui. Temperatura 39°.	13 giorni	Clisteri di cloralio più volte al giorno.	Morta il 14-VI-1917	Ferita ad un piede.
10	T... Elisa anni 33 28-VII-1919	13 giorni	2 giorni	Lieve trisma, rigidità dei muscoli del dorso; accessi miti. Temp. 37°,5; polso 104'; resp. 28'. Vomiti insistenti.	30 giorni	Id.	Guarigione.	Ferita pollice mano sinistra.
11	N... Sara anni 14 8-IV-1920	?	2 giorni	Condizioni tetaniche molto gravi; accessi numerosi ed intensi, vomiti, inquietudine. Polso 110'; resp. 30. Temperatura 38°.	32 giorni	Clisteri di cloralio. Iniezioni di acido fenico.	Id.	Ferita alluce sinistro.
12	P... Paolina anni 36 12-IV-1920	10 giorni	5 giorni	Rigidità degli arti inferiori, dei muscoli della colonna vertebrale e della nuca. Trisma. Accessi di opistotono molto frequenti e dolorosi. Sudori copiosi. Temp 37°,8.	35 giorni	Clisteri di cloralio. Iniezioni di acido fenico.	Guarigione.	Ferita pianta piede destro.

Segue GRUPPO I.

N. progressivo	Nome, Cognome, Età Data d'ingresso all'Ospedale	Periodo d'incubazione della malattia	Giorni trascorsi dai primi sintomi all'inizio della cura	Sintomatologia nel suo acme di gravità	Durata della malattia in atto	Cura praticata	Esito	Osservazioni
13	B. Caterina anni 33 28-IV-1921	12 giorni	4 giorni	Lievi accessi di contratture generali. Polso 80'; resp. 28'. Temp. 37°,9. Sudori copiosi.	22 giorni	Clisteri di cloralio. Iniezioni di acido fenico.	Guarigione.	Ferita al piede sinistro.
14	P... Giuditta anni 62 2-X-1922	12 giorni	1 giorni	Lieve trisma, lieve rigidità della nuca e del tronco; iperriflessia, clono del piede. Deglutizione stentata.	32 giorni	Cloralio.	Id.	Ferita dorso piede destro.
15	M... Teresa anni 57 12-IV-1923	8 giorni	7 giorni	Trisma, accessi generali di contrattura; disfagia grave, rigidità muscolare generale; perdita delle orine. Polso 100'; resp. 36'. Temperatura 38°,7.	20 giorni	Clisteri di cloralio. Iniezioni di acido fenico.	Guarita il 25-IV-1923	Puntura con un ferro da calza all'eminenza tenare sinistra.
16	P... Regina anni 19 25-IV-1923	15 giorni	4 giorni	Trisma molto pronunciato. Tono muscolare molto aumentato; iperriflessia; accessi frequenti. Polso 120'; respiro 40'. Temp. 38°,3.	20 giorni	Id.	Guarigione.	Ferita pianta piede sinistro.
17	G. Elena anni 13 3-VIII-1923	?	2 giorni	Lieve trisma. Tono muscolare molto aumentato; rigidità della parete anteriore dell'addome. Incesso rigido. Polso 108'; resp. 32'. Temp. 37°,6.	25 giorni	Clisteri di cloralio più volte al giorno.	Guarigione.	Escoriazione al ginocchio destro.
18	M... Rosa anni 53 12-VII-1924	15 giorni	5 giorni	Accolta con grave accesso tetanico generalizzato; trisma intenso; tono muscolare molto forte; meteorismo intenso; sudori profusi. Accessi gravi, frequenti. Polso 120'. Temperatura 39°,1.	23 giorni	Clisteri di cloralio. Iniezioni di acido fenico.	Morta il 30-VII-1924	Ferita al malleolo esterno destro.
19	L... Zita anni 28 5-XII-1924	?	7 giorni	Trisma molto intenso e durato a lungo. Accessi di tetano generale. Rigidità lignea di tutti i muscoli. Meteorismo molto molesto; stitichezza ribelle. Polso 106'. resp. 36'. Temp. 38°,2.	33 giorni	Clisteri di cloralio più volte al giorno.	Guarigione	Piccola escoriazione alla III falange dito medio mano destra. La paziente stessa richiedeva i clisteri di cloralio ogni volta ricomparivano più intensi e dolorosi gli accessi.
20	B... Giovanna anni 24 24-IV-1925	15 giorni	1	Rigidità muscolare molto intensa. Trisma, opistotono, deglutizione un po' stentata. Accessi molto dolorosi, quasi continui. Cefalea intensa. Polso 80'; resp. 32'. Temp. 38°.	22 giorni	Clisteri di cloralio. Iniezioni di acido fenico.	Id.	Ferita al tallone destro. Il quadro di tetano generale fu preceduto per 24 ore da sintomi locali manifesti (dolori, crampi, rigidità).
	G... Jolanda anni 15 21-V-1925	11 giorni	4 giorni	Tono muscolare molto aumentato; arti inferiori molto rigidi; trisma molto pronunciato; accessi numerosi ed intensi di opistotono. Polso 104'. Temp. 37°,6.	30 giorn.	Id.	Id.	Ferita alluce sinistro. Durante la convalescenza ebbe un attacco di poliartrite.

GRUPPO II.

N. progressivo	Nome, Cognome, Età Data d'ingresso all'Ospedale	Periodo d'incubazione della malattia	Giorni trascorsi dai primi sintomi all'inizio della cura	Sintomatologia nel suo acme di gravità	Durata della malattia in atto	Cura praticata	Esito	Osservazioni
1	V... Rosina anni 8 27-IX-1915	7 giorni	1 giorni	Trisma, opistotono, accessi gravi quasi continui; polso aritmico, voce nasale, disfagia; rifiuta ogni cibo o bevanda. Temp. 38°,7.	3 giorni	20 mila u. i. S. A. Cloralio.	Morta il 29-IX-1915	Ferita ad un piede.
2	F... Ines giorni 8 1-II-1917	7 giorni	1 giorni	Stato tetanico grave. Continui accessi. Temperatura 36°.	4 giorni	10 mila u. i. S. A. Cloralio.	Morta il 3-II-1917	—
3	B... Ivo giorni 12 6-XII-1919	11 giorni	1 giorni	Accessi tetanici gravissimi; facies tetanica; trisma; opistotono. Temp. mass. 36°.	16 giorni	30 mila u. i. S. A. Clisteri giornalieri di cloralio.	Morto il 26-XII-1925	Suppurazione dell'ombelico. Reperto necroscopico: broncopolmonite bilaterale ab ingestis. Restante esame negativo.
4	B... Palmira anni 8 16-II-1920	4 giorni	1 giorni	Facies tetanica; trisma; opistotono; accessi gravissimi. Temp. massima 38°-39°.	15 giorni	25 mila u. i. S. A. per via endorachid.; 30 mila per via ipod. Clisteri di cloralio.	Guarito il 1-III-1920	Ferita dorso piede destro.
5	Z... Francesco giorni 15 2-VI-1921	12 giorni	2 giorni	Stato tetanico grave. Accessi frequenti, gravi.	20 giorni	30 mila u. i. S. A. Cloralio.	Guarito il 20-VI-1921	—
6	M... Giovanni anni 7 28-VIII-1921	?	?	—	—	Siero antitet. Cloralio.	Guarito	—
7	S... Emma anni 8 22-V-1922	?	?	Stato tetanico gravissimo senza trisma. Coscienza integra. Temperatura 40°.	?	10 mila u. i. per via endorach. Clisteri di cloralio.	Morta 2 giorni dopo l'ingresso.	—
8	B... Leonida a. 2, m. 6 31-VII-1922	?	2 giorni	Stato tetanico grave; trisma; opistotono. Accessi frequenti. Temperatura 37°,4.	26 giorni	30 mila u. i. per via endorach.; 40 mila per via ip. Cloralio.	Guarito il 26-VIII-1922	Senza ferita nota.
9	Q... Valter anni 6 22-XII-1922	7 giorni	2 giorni	Tetano gravissimo con sintomi bulbari. Accessi gravi. Temp. 39°.	8 giorni	30 mila u. i. S. A. per via endorachid.; 10 mila sotto cute.	Morto 9 ore dopo l'ingresso.	Ferita da chiodo alla regione lombare sin.
10	D... Firmina anni 7 13-IX-1923	?	1 giorni	Tetano grave. Temperatura 37°,6.	20 giorni	31.500 u. i. S. A. per via endorachid.; 40 mila per via ipod.	Guarito il 2-X-1923	Senza ferita nota.
11	S... Romeo anni 5 19-IX-1924	?	?	Accolto in gravissime condizioni con accessi quasi continui.	?	15 mila u. i. S. A. Cloralio.	Morto il 21-IX-1924	—
12	Z... Iride anni 3 18-II-1925	12 giorni	2 giorni	Trisma di modica gravità; opistotono. Temperatura 37°.	21 giorni	75 mila u. i. endorachid.; 40 mila ipoder. Cloralio.	Guarito il 19-III-1925	Ferita alluce sinistro. Durante la convalescenza si nota modificazione del carattere e dell'espressione.

I giorni trascorsi dalla comparsa dei primi sintomi all'inizio della cura andarono in genere dai 2 ai 5; furono 2-3 giorni per i casi gravissimi, 7 per un caso grave deceduto ed altrettanti per uno grave guarito.

C'è dunque coincidenza di medesime condizioni in casi ad esito felice ed in casi ad esito letale e non è possibile perciò trarne conseguenze per questo riguardo.

La durata della malattia nei passati a guarigione fu in media dai 25 ai 35 giorni, minimo 20 giorni; nei casi infausti la malattia durò variamente con un massimo di 23 giorni ed un minimo di 4; nei casi gravissimi non superò mai i 10 giorni.

In più di metà dei casi la porta d'ingresso del virus furono ferite riportate alle estremità inferiori: fra questi troviamo i più gravi e tutti i deceduti meno uno in cui si trattò d'una puntura con un ferro da calza all'eminenza tenare sinistra. Un caso, in cui la porta d'ingresso fu una ferita alla radice del naso, ebbe decorso piuttosto mite ma fu caratterizzato da violenti odontalgie, fatto inatteso poichè, com'è noto, la tossina tetanica si diffonde ordinariamente solo lungo i nervi di moto e i disturbi a carico della sensibilità sono molto rari.

Dall'indagine anamnestica di una delle nostre ammalate (B... Giovanna) ho potuto rilevare, in modo assai manifesto, sintomi locali dell'infezione precedenti di 24 ore il tetano generale.

Nel quadro clinico del tetano traumatico, il trisma, il risus sardonicus, la rigidità nucale, come è risaputo, sono i primi sintomi a comparire o per lo meno come tali vengono ordinariamente considerati.

Negli ultimi tempi e specialmente dopo la larga esperienza di guerra, l'accurata indagine e l'attenta osservazione riuscirono abbastanza spesso a mettere in evidenza prodromicamente dolori, crampi muscolari, senso di rigidità e di stiramento in corrispondenza delle regioni o dei segmenti del corpo portanti il punto d'ingresso del virus.

Questi sintomi regionali precedenti al trisma e persistenti poi con maggiore intensità, costituiscono il cosidetto tetano locale che, se costantemente messo in evidenza, assurgerebbe per ovvie ragioni al massimo interesse pratico.

Secondo alcuni Autori, per tetano locale si dovrebbe intendere una forma circoscritta, attenuata od abortiva del tetano traumatico. Ma è noto invece che assai spesso dalla forma locale si passa rapidamente al tetano generale ed è meglio perciò, come osserva il De Toni, ed anche dal punto di vista dell'interesse pratico, che per tetano locale o circonscritto s'intenda il primissimo stadio della subentrante sindrome tetanica generalizzata.

Fra le particolarità notiamo infine un attacco di poliartrite insorto nella G... Iolanda durante la convalescenza del tetano; la stessa ammalata aveva sofferto di un primo attacco di poliartrite 6 anni prima ed ora ne veniva colpita per la seconda volta.

Venendo al gruppo dei bambini notiamo: su dodici bambini tetanici sieroterapizzati, 6 soli riuscirono a superare la malattia. Fra questi figurano dei tetani di modica e notevole gravità leggermente febbrili, un caso assai grave (B... Palmira) con febbre elevata (39°) ed un neonato. Dei deceduti tre si possono considerare gravissimi per sintomatologia di lesioni bulbari, (uno morì *9 ore* dopo l'ingresso, gli altri due dopo *48 ore*); il quarto è un tetano a decorso anomalo, iperpiretico (40°) senza trisma; i *due restanti* sono neonati ed è nota l'estrema gravità del tetano dei neonati, avendosi in genere una mortalità dell'80 e più per cento.

In tutti la sieroterapia fu iniziata al massimo entro due giorni dall'inizio dei primi sintomi.

La durata dell'incubazione, nei casi in cui si potè stabilire, fu di 7-10 giorni con un minimo di 4 ed un massimo di 12; fu dunque sensibilmente inferiore alla durata media del periodo d'incubazione che abbiamo osservato nelle adulte, a conferma in ciò dei dati clinici e sperimentali, secondo i quali il periodo d'incubazione del tetano è tanto più breve quanto più piccolo è l'animale o meglio quanto più brevi sono i tronchi nervosi che la tossina deve percorerre per giungere alle sedi di sua elezione.

In media la malattia nei guariti durò dai 15 ai 25 giorni, nei morti dai 3 ai 5 giorni; in un solo caso (neonato) la morte avvenne, perdurando lo stato tetanico, dopo 16 giorni ed alla necroscopia fu riscontrata broncopolmonite bilaterale ab ingestis.

In alcuni bambini grandicelli è stato notato, durante la convalescenza, come postumo della malattia, un mutamento nel carattere e nell'espressione con tendenza a tristezza, a permalosità, a malinconia. Questo fatto fu rilevato specialmente evidente nella Z... Iride che, a detta dei parenti, era prima assai gioviale.

Se vogliamo ora istituire dei paralleli tra i risultati ottenuti nel gruppo dei trattati col siero e quelli ottenuti nei non trattati, la prima impressione che ne abbiamo attenuerebbe un po' l'entusiasmo per la sieroterapia antitetanica. A parte ogni altra considerazione abbiamo nel gruppo dei sieroterapizzati il 50 % di morti, di fronte al 38 % nel gruppo dei non trattati. Ma sappiamo bene che non è lecito considerare i casi così globalmente, nè d'altra parte possiamo credere di poter

fare deduzioni attendibili dall'esame di un materiale piuttosto esiguo.

Tuttavia, analizzando i singoli casi, noi dobbiamo ammettere l'estrema gravità dei casi morti nonostante la sieroterapia, dimostrata, oltre che dal quadro clinico, dalla durata della malattia in tutti sotto i cinque giorni, meno che in un caso complicato da broncopolmonite. In tre casi la morte si ebbe entro le prime 48 ore dall'ingresso in ospedale.

All'incontro, dei benefici influssi della antitossina ci sembra constatare nella favorevole ed abbastanza pronta modificazione del decorso e nella durata della malattia, nei guariti, dai 15 ai 25 giorni, quasi sempre inferiore alla durata della stessa nei non trattati, ammesso come pacifico che la sola differenza d'età non apporti variazioni notevoli di decorso e di durata nella tossi-infezione. È chiaro però che l'organismo infantile, per la sua minor resistenza e per la maggior eccitabilità riflessa di esso, trovasi in particolari condizioni di sfavore; nè ritengo si potrebbe applicare in identiche condizioni il solo metodo sedativo nel bambino come nell'adulto. Ho potuto constatare inoltre che la Clinica Pediatrica di Padova, pure diretta dal prof. Berghinz e nella quale fui assistente fino a poco tempo fa vanta una statistica di sieroterapia antitetanica molto più brillante.

Tuttavia non v'è dubbio che talvolta noi ci troviamo di fronte a dei casi di tetano in cui nulla c'è da sperare dalla sieroterapia e che meglio vale risparmiare ai poveri infermi delle pratiche dolorosissime e non approdanti ad altro che ad eccitarli maggiormente scatenando in essi nuovi, terribili accessi. Sono i tetani gravissimi a lesioni bulbari manifeste con irreparabile compromissione dei centri del cuore e del respiro, sono certe forme di tetano cefalico od idrofobico.

Per gentile concessione del mio primario prof. Pennato, posso illustrare due casi, a Lui capitati, di tetano gravissimo atipico che non ho voluto comprendere nelle tavole su riportate appunto per poterne parlare ora più diffusamente.

P... Luigia, d'anni 63, entra nel nostro Reparto il 22 gennaio 1922 con diagnosi di stenosi dell'esofago: nessuna malattia pregressa degna di nota; ammalata da circa 8 giorni, cominciò con rigidità dei muscoli del collo, trisma, dolori alla nuca ed al capo.

Tali disturbi si sono man mano accentuati. Apiretica.

Non sa di aver riportato ferite o lesioni cutanee all'infuori di un gelone alla mano sinistra.

All'esame obbiettivo si riscontra: nutrizione buona, trisma completo, deglutizione impossibile, arti rilassati e mobili come normalmente; non albuminuria.

23 gennaio: notte molto inquieta, accessi frequenti dolorosi, deglutizione impossibile; pare che i tentativi di deglutire la saliva provochino gravissimi accessi. Temp. 36.9°, polso 120 aritmico, respiro 56.

24 gennaio: deglutizione impossibile; nei tentativi di deglutire si provocano gravi e dolorosissimi accessi. Temp. 36.6, polso 88' respiro 32.

25 gennaio: stesso stato, trisma permanente, notte completamente insonne. Temp. 37.6, polso 120. Nello stesso giorno decede.

Durante la breve degenza non ha potuto deglutire neanche una goccia. Nei tentativi di farlo prova sofferenze così gravi e delle quali ha così forte terrore che alla vista del liquido, che le si vorrebbe dare, si eccita e protesta vivamente di non voler ritentare la prova di bere: ricorda in questo l'idrofobo.

La coscienza persiste integra, gli arti rilassati.

Si praticano ripetutamente clisteri di acqua in piccola quantità che vengono trattenuti.

Iniezioni ripetute di spasmalgina riescono ad assopirla un poco ma per nulla influiscono sulla disfagia che persiste assai impressionante. Il caso è molto pietoso. In ultimo, avendo avuto due fortissimi accessi di costrizione alle fauci, con dispnea e cianosi, dolorosissimi, si pratica una iniezione di morfina e circa due ore dopo muore.

Poichè qualcuno aveva avuto l'impressione che qualche lesione stenosante dovesse esistere a spiegare la disfagia, all'autopsia la faringe e l'esofago fino allo stomaco furono riscontrati perfettamente pervii e di aspetto normale, così pure le prime vie respiratorie, esplorate fino alla divisione dei bronchi; cuore un po' ipertrofico, non vizi valvolari, lieve ateroma aortico, ipostasi polmonare.

Cranio e speco vertebrale non esaminati.

N. N., d'anni operato poco prima di cisti congenita alla regione sopraorbitale destra; guarito si presenta con paralisi facciale destra, lieve trisma che diviene ben presto trisma-grave, qualche accesso di opistotono, rari accessi di rigidità agli arti, temperatura febbrile sui 38.3°, polso 100; deglutizione difficile.

Il paziente è sopratutto tormentato da un senso molestissimo di imbarazzo nella fossa nasale destra, del quale egli, tenta liberarsi con continui sforzi espiratori che gli ottengono stentata emissione di muco sanguinolento.

Nei primi giorni c'era disfagia dolorosa e si rifiutava per questo di alimentarsi, si eccitava alla vista delle bevande offertegli ribellandosi ed allora insorgevano facilmente accessi tetanici.

Gli furono praticate iniezioni di acido fenico e clisteri di cloralio e dopo sintomatologia gravis sima il paziente guarì.

Ecco dunque due gravissimi tetani cefalici, di cui uno passato a guarigione, senza antitossina, davanti ai quali si è quasi tentati di pensare a delle identità tra tetano ed idrofobia. E c'è stato invero chi ha creduto di affermare che la rabbia non sarebbe altro che una forma di tetano.

Si risponde però facilmente che del tetano è noto e reperibile l'agente specifico e non della rabbia, che nel tetano mancano le alterazioni psichiche, che nel tetano i sintomi non presen-

tano mai, come nella rabbia, delle intermittenze complete (Eichhorst).

Per fortuna queste forme così gravi ed impressionanti non sono frequenti: nei trattati si parla di raccolte inferiori al centinaio. Per lo più in questi casi la porta d'igresso del virus, furono proprio, come in uno dei nostri, lesioni traumatiche in corrispondenza od in vicinanza del margine sopraorbitale. Al trisma segue spesso la paralisi del facciale del lato offeso. A questo proposito Moirond (*Gaz. Hôpit.*, 1920, n. 31-33), distingue due forme di tetano cefalico: l'una non paralitica, l'altra con paralisi facciale. Il tetano cefalico non paralitico segue ordinariamente a ferite della testa e presenta trisma, contrattura di alcuni muscoli facciali e talora spasmi faringei determinanti vere crisi di idrofobia ed accessi dispnoici intensi.

Il tetano con paralisi segue soltanto a ferite della faccia, sia esterne che interne, è caratterizzato da contratture cervico-facciali uni o bilaterali interrotte da accessi spasmodici, paralisi del facciale completa od incompleta e paralisi del III, IV, VI e talora XII con sindrome labio-glosso-faringea.

Le ricerche sperimentali ed anatomiche avrebbero dimostrato che la sede della lesione trovasi nei centri dei nervi paralizzati onde si deve parlare di lesione nucleare non di neurite da infezione tetanica.

Le paralisi dipendono dalla maggior virulenza della tossina tetanica.

Come si vede il quadro clinico del tetano traumatico varia notevolmente oltre che per speciale virulenza, predisposizioni, ecc., anche a seconda delle sedi della porta d'ingresso della malattia. Con questa, varia (più o meno) la localizzazione principale, varia la gravità, l'evoluzione ed il decorso.

Infatti dalla regione d'ingresso la tossina tetanica, percorrendo i nervi di moto, giunge alle cellule radicolari a cui quelli fanno capo; queste cellule radicolari motrici per prime ne resterebbero offese e si spiegherebbe così l'insorgenza precoce dei fatti locali cui sopra ho accennato.

Senonchè noi sappiamo che nel tetano classico i sintomi locali spesso mancano o per lo meno sono di così fuggevole indipendenza che per lo più non vengono notati, mentre rapidamente si stabilisce, come fatto preponderante, il trisma, il risus caratteristico, ecc.

Si dovrebbe dunque ammettere per la tossina tetanica una predilezione maggiore per le cellule dei nuclei d'origine dei nervi cranici motori che non per le cellule motrici spinali che pure sappiamo di identico signifcato o, per lo meno, una reazione alla tossina più pronta e più intensa da parte delle prime. In tal modo, giunta all'asse spinale la tossina progredirebbe preferibilmente fino agli ultimi nuclei centrali dei nervi cranici e, a seconda del grado di saturazione tossica, (che fino ad un certo punto si può ritenere puramente casuale) di uno piuttosto che degli altri nuclei motori avremmo una sindrome predominante a carico del V (come di solito avviene) o del VII o del IX o degli altri craniensi motori.

Le gravi lesioni nucleari, fino alla paralisi, che son state riscontrate a carico del 7° paio, i gravissimi sintomi a carico del V, IX e X paio che abbiamo potuto registrare nei nostri due casi di tetano cefalico con assenza in uno, completa, di alterazioni spinali, starebbero a confermare questa ipotesi. Ma altri fatti clinici e sperimentali ne restano insufficentemente spiegati per cui il problema, sotto alcuni riflessi, abbisogna ancora di studi e di osservazioni.

* * *

Ringrazio sentitamente i chiarissimi prof. Pennato e prof. Berghinz per avermi permesso questo studio e per aver posto a mia disposizione il materiale occorrente.

Udine, 15 dicembre 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIV. DI MANTOVA - II REPARTO DI MEDICINA
Direttore: dott. URTOLER GIUSEPPE.

Contributo clinico allo studio della « cirrosi atrofica ».

Dott. SANDRI OLIVIERO, assistente.

Il 14 settembre 1924 veniva ricoverato in ospedale tale C. Gino di Mantova, d'anni 20, con diagnosi di « polisierosite ».

Eccone la storia:

Genitori e due fratelli viventi e sani, nessuna particolare forma morbosa nei collaterali.

Il p. ha sempre goduto di ottima salute, di costituzione robusta ha avuto uno sviluppo normale, all'età di 5 anni gli fu inciso un ascesso sulla faccia posteriore della coscia s.

A 15 anni incominciò a lavorare in una officina d'impianti idraulici.

Esclude nel modo più assoluto di aver contratto malattie veneree o sifilide.

Bevitore e fumatore regolato, buon mangiatore. Nel maggio del 1924, a ragione del suo mestiere, lavorando ad una grondaia di un tetto, per rottura dell'impalcatura, cadde da una altezza di 10 metri, non riportando alcuna lesione nè risentendo disturbi in seguito.

Ai primi di agosto venne arruolato nell'aviazione ed inviato in un campo vicino a Milano. Non ebbe a sopportare particolari disagi.

Dopo circa 20 giorni di servizio militare notò come l'addome venisse tumefacendosi; gli unici disturbi che avvertì allora consistevano in un aumentato bisogno di bevande, in una diminuzione della quantità di urine (di colore rossastro) ed in un senso di stanchezza anormale.

Visitato, venne inviato all'ospedale militare di Milano, donde fu dimesso, dopo un giorno, in licenza illimitata.

Non ha mai avvertito dolori in nessuna parte del corpo, non disturbi dispeptici (anzi l'appetito si è sempre mantenuto ottimo); non tosse nè affanno di respiro, non ha mai accusato senso di febbre, nè si è mai accorto che in qualche momento la cute e le sclere acquistassero colorito giallognolo.

Da qualche giorno gli si è tumefatta l'articolazione tibio-tarsica di sinistra, fatto che si è ripetuto altre volte e che è sempre sparito spontaneamente dopo qualche tempo.

Alvo piuttosto tendente al diarroico, scarsa la quantità di urine nelle 24 ore.

Esame obbiettivo. — Apirettico-cosciente, leggermente dispnoico, polso piuttosto fiacco, tipo longilineo con scheletro regolare, buono stato di nutrizione, colorito roseo, lingua normale, micropoliadenia inguinale, non edemi, modica tumefazione all'articolazione tibio-tarsica di s., la quale è indolente alla pressione e nei movimenti.

Apparato respiratorio. — A. d.: emitorace più espanso, fr-v-t abolito dall'angolo della scapola in giù, ivi si ha ottusità alla percussione e abolizione di respiro, mentre nella regione sopraspinosa si ha un suono tendente al timpanico e respiro bronchiale.

A s.: fr-v-t abolito nella regione della base con suono ottuso, e abolizione di respiro; nei due terzi superiori il fr-v-t è conservato, suono smorzato, respiro bronchializzante con rantoli a p. e m. b. in-espiratori. Mobilità del margine polmonare inferiore, abolita a d. diminuita a s.

Apparato circolatorio. Nessun rilievo di particolare importanza all'infuori di toni molto deboli.

Fegato e milza. — Percussoriamente l'area di detti organi è spostata in alto, impossibile la palpazione.

Addome. — Globoso, presenza di liquido libero, che oltrepassa la ombelicale trasversa (fenomeno del fiotto), indolente la palpazione in ogni sua sezione, soffio venoso assente.

Esami speciali. — Il liquido pleurico e addominale sia chimicamente che microscopicamente ha sempre avuto i caratteri del trasudato, (dall'emitorace d. vennero estratti oltre 20 litri di liquido e dall'addome oltre 60 litri in più riprese).

Risultati negativi hanno dato la R. W. e le diverse prove per rivelare una infezione tubercolare in atto. Negativo l'esame morfologico del sangue, all'infuori di una eosinofilia (8.5 %).

Le prove della funzionalità epatica hanno rivelato una alterazione nei processi biochimici svolti da questo organo.

Durante la degenza il p., è sempre stato apirettico andando incontro ad un progressivo dimagrimento, per quanto la nutrizione si compisse regolarmente.

* * *

La prima diagnosi che doveva essere vagliata, dato che con questa il p. veniva inviato in ospedale, era quella di *polisierosite*.

Ma alcuni dati desunti sia dalla storia che dal decorso della malattia e dai risultati degli esami speciali dovevano porre un dubbio nell'accogliere senz'altro questa diagnosi.

La completa apiressia, l'assenza di qualunque dolore addominale sia spontaneo che provocato, la mancanza di una lesione pericardica pregressa o in atto, la natura del liquido pleurico e addominale, con tutti i caratteri del trasudato (i rispettivi esami hanno sempre fornito dati pressochè eguali), la negatività della reazione locale e generale alla tubercolina, furono elementi che dovevano contraddire la natura specifica della malattia.

Indirizzatici pertanto ad altre forme che potessero spiegare il complesso di sintomi rilevati ed il risultato dell'esame obbiettivo, si presero in considerazione quelle lesioni del fegato che potevano rientrare nel quadro presentato dell'A. e precisamente: *la sifilide, le neoplasie, la cirrosi di Laënnec*, dato che anche gli esami sulla funzionalità di questo viscere avevano dimostrato esistervi una lesione.

Contro la sifilide deponevano il silenzio assoluto della storia sia nei riguardi del gentilizio che del p. che non ammette contagio di sorta; l'assenza al momento dell'esame di altre localizzazioni luetiche; il volume del fegato, dato il quale bisognava pensare eventualmente ad una epatite interstiziale diffusa con cirrosi atrofica, come si verifica talora negli adulti; la negatività della R. W.

Venendo alle neoplasie quella che colpisce con maggior frequenza delle altre il fegato è *il cancro*, quasi sempre secondario a localizzazioni in altri organi.

Ma sia la sintomatologia presentata dal p. che i dati obbiettivi facevano escludere senz'altro questa forma: volume del viscere ridotto, apparente aumento della milza, assenza di dolori spontanei e provocati all'ipocondrio d., dimagrimento ma non cachessia cancerigna, il carattere del liquido ascitico (mai ematico), non disturbi dispeptici.

Rimanendo nel campo delle neoplasie e con particolare riguardo alle forme primitive, una speciale lesione del fegato doveva imporsi al nostro studio, e precisamente quella che è conosciuta sotto il nome di *cirrosi carcinomatosa* (Thorel), o *cancro con cirrosi* (Hanot e Gilbert) o *carcinoma con cirrosi* (M. B. Schmidt).

Mentre alcuni autori ritengono tale forma come propria dell'età matura e dei vecchi, altri descrivono casi riscontrati in giovani soggetti; tuttavia vi è concordanza sul periodo di evoluzione che si aggirerebbe dalla manifestazione dei primi sintomi alla morte tra qualche settimana a 3-4 mesi (in un caso descritto tale periodo sarebbe stato di soli cinque giorni, Poujol e Lagrot).

La presenza del versamento addominale, che si riscontra nel 60-70 % dei casi di carcinoma primitivo, è quasi assoluta ed in modo notevole nella forma cirrotica; l'idrotorace destro, il tumore della milza (prodotti della stasi nel territorio della porta) erano elementi che potevano suffragare l'eventuale diagnosi del cancro epatico con cirrosi, poichè come ricorda il Sacconaghi, « dovrà essere nostro sforzo di rintracciare la eventuale alterazione neoplastica ogni qual volta si è dinanzi ad un fegato cirrotico.

Data una neoplasia maligna del fegato, potranno il volume del F. relativamente esiguo del tumore ed i fenomeni spiccati di stasi portale (e tra questi, sopratutto, una ascite molto sviluppata, nonostante l'assenza di forte colemia e ipocolia intestinale, e la milza da stasi) portare alla diagnosi di cancro-cirrosi ».

In ultimo rimaneva da considerare la *Cirrosi epatica di Laënnec.*

Se in un individuo anziano tale forma può avere il suffragio oltre che dei dati obbiettivi anche dei dati anamnestici, nel nostro caso questi sono completamente muti per la ricerca di un nesso etiologico.

Non l'alcool, non la malaria, non intossicazioni professionali (saturnismo); si ricordano, è vero, cirrosi successive a traumi (Alexander) ma questi sono casi rarissimi e per lo più la lesione è limitata a qualche zona non all'intiero organo: nella storia del nostro p. troviamo una caduta avvenuta tre mesi prima dell'inizio dei suoi disturbi: non ha riportato però che un momentaneo stordimento, senza risentire particolari dolori all'addome. Quindi tale causa può essere esclusa senz'altro.

E così nei riguardi delle tossine luetiche e tubercolari per le ragioni esposte parlando di queste malattie.

La diagnosi di *Pseudo-cirrosi epatica pericarditica* (F. Pick) che avrebbe potuto imporsi qualora fossimo stati di fronte ad un caso di polisierosite, doveva venire scartata, mancando i dati necessari per la dimostrazione di tale forma, della quale la cirrosi epatica rappresenta una manifestazione per altro non molto comune.

Se la diagnosi di cirrosi volgare nel caso in discussione non trovava conforto per la sua etiologia nell'anamnesi, non bisogna dimenticare che come la si riscontra di massima negli adulti, così vengono ricordati casi nei quali i colpiti erano bambini di pochi mesi di vita: però in questi la malattia si può riportare il più delle volte a disturbi della nutrizione.

Esposte così in breve le diverse ipotesi che potevano venire formulate dinanzi a simile caso, in verità non troppo semplice, quelle che si imposero furono la *cancro-cirrosi* scartata in seguito sia per il carattere sia per il tempo di evoluzione e la *cirrosi volgare* per la quale stavano a conferma i dati degli esami obbiettivi. E di tale diagnosi si ebbe la conferma più convincente, se mai ve n'era di bisogno, quando dopo 4 mesi di degenza fu proceduto (permettendolo le condizioni del p.) alla biopsia (19 gennaio 1925) e al successivo esame istologico del pezzo asportato, che rivelarono i dati classici della *cirrosi-epatica atrofica* nei suoi caratteri macro- e microscopici.

*
* *

Nel chiudere questa mia schematica nota clinica sento il dovere di ringraziare il mio primario dott. Urtoler per i consigli fornitimi; il primario chirurgo dott. Mambrini per l'operazione eseguita sul p., il dott. Arrigoni per l'esame istologico.

*
* *

Il p. uscito spontaneamente ai primi di febbraio 1925 veniva a morte dopo circa un mese e mezzo.

BIBLIOGRAFIA.

ALEXANDER. Deut. Mediz. Woch., 1907, U. 45, S. 1858.
BERGHINZ. *Cirrosi epatica post-dissenterica.* La Pediatria, f. 13, 1905.
GAGNONI. *Studio clinico ed anatomo-patologico su un caso di cirrosi epatica (tossiemica) in un poppante.* R. CL. P. n. 9, 1911.
HANOT e GILBERT. *Etudes sur les maladies du foie.* Paris, 1888.
LEUBE. *Diagnosi differenziale delle malattie interne,* vol. I.
POUJOL e LAGROT Archiv. franç. de Pathologie, ecc., fasc. 9, 1924.
SACCONAGHI. *Indirizzo alla diagnosi dei tumori addominali.* Pavia, Marelli, 1908.
SALVIOLI. *Sopra un caso di cirrosi epatica in un bambino di 18 mesi (da gastro-enterite).* Soc. Med. Chir., Padova, 1923.
SCHMIDT. Virchow's Arch. Bd. 148, 1897.
THOREL. *Die Cirrhosis Hepatis carcinomatosa.* Ziegler Beit., 18, 1895.
F. UMBER in MOHR e STAEHELIN. *Trattato di medicina interna,* vol. III, parte 1ª.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

Epilessia traumatica.

(CL. VOGT. *Gazette des Hôpitaux*, 29 maggio 1926)

La base di questa epilessia è una lesione diretta o indiretta del cervello, prodottasi o per traumatismo ostetrico durante il parto o per qualsiasi altro accidente durante la vita. I traumi dell'infanzia sono quelli che producono più facilmente epilessia.

Sede. Le *lesioni craniche* maggiormente epilettogene sono quelle localizzate a sinistra e più di tutte le parietali: meno le frontali, le occipitali e le temporali.

Tutte le *lesioni cerebrali* sono suscettibili di determinare l'epilessia, specialmente quelle che interessano i lobi parietali ed i lobi frontali, meno le occipitali e temporali, affatto le cerebellari.

Più che la *dimensione della breccia cranica*, influiscono l'*estensione* e la *profondità* della ferita cerebrale. Le lesioni estese sono quasi sempre epilettogene: se interessano la sola corteccia danno sopratutto crisi jacksoniane: se profonde, l'epilessia che producono è sempre generalizzata.

La *suppurazione delle ferite craniche e cerebrali*, gli *interventi chirurgici* successivi al trauma sono cause aggravanti per lo sviluppo successivo dell'epilessia in quanto che favoriscono maggiormente le ulteriori aderenze e cicatrici nevrogliche.

Clinicamente bisogna distinguere la forma *acuta* o *precoce*, e la *forma tardiva*.

La forma acuta è l'espressione sintomatica di un disagio locale per irritazione prodotta da schegge, proiettili, ematomi extradurali: sopravviene subito dopo il trauma, e scomparisce con l'intervento chirurgico che ne rimuove la causa.

La forma tardiva è la vera epilessia traumatica che si sviluppa dopo un *periodo di latenza* di durata molto variabile: da qualche settimana a molti anni, anche quindici. In generale però la esplosione delle crisi epilettiche si ha fra tre, cinque mesi.

Prodromi. In un terzo dei casi la crisi è preceduta (12-48 ore prima) da formicolio e prurito in vicinanza della ferita cranica, da dolore e tensione della cicatrice, e da un malessere generale, cefalea violenta, rumori e soffi auricolari, visione di mosche volanti, o da idee fisse e cambiamento di umore.

Aura. Esiste nel 20 % dei feriti, è più frequente nella forma jacksoniana, dura qualche secondo e precede immediatamente l'accesso convulsivo. La più comune è l'*aura motrice*: può essere anche *sensitiva, sensoriale, vasomotrice, psichica, viscerale*.

La sensazione dei prodromi e dell'aura possono prevenire il malato e metterlo in condizione di evitare la caduta.

Crisi convulsiva. Le *crisi generalizzate* si osservano con maggiore frequenza nei due terzi dei casi.

Può mancare l'aura ed il grido: non manca mai il pallore improvviso, il malato perde la coscienza e cade. Ad un breve periodo di *scosse toniche*, segue la *fase clonica* ed in fine la *fase stertorosa*. Poi l'epilettico rinviene con completa amnesia della crisi subìta.

Nell'epilessia traumatica le fasi possono succedersi meno metodicamente; la perdita di orina, i morsi della lingua, la salivazione possono mancare. A volte alla fase tonica può seguire immediatamente la fase stertorosa (*ictus apoplettico*), o può vedersi una forma *stertorosa semplice*, o altra con crisi molto lunga e violenta (*furore epilettico*). La *crisi jacksoniana* ha per carattere essenziale la sua localizzazione in un gruppo muscolare ben determinato, che sarà sempre lo stesso per uno stesso malato. Si hanno così tre tipi principali: il *faciale*, il *brachiale*, che è il più frequente, ed il *crurale*. L'inizio è brusco, senza grido iniziale; alla fase tonica molto breve segue la fase clonica della durata variabile da qualche secondo a qualche minuto primo. Durante l'accesso in principio il malato non perde la coscienza; solo nel tipo faciale si può avere una specie di obnubilazione più o meno completa. L'incontinenza di orina è eccezionale.

Vicino alle forme classiche esistono numerose altre forme cliniche. A seconda del tipo di *reazione motrice* possono aversi forme toniche, forme cloniche, forme con tremore, forme miocloniche, forme atetoidi, forme coreiche-atetosiche. Questi ultimi tre tipi hanno una durata molto lunga. A seconda delle *localizzazioni convulsive* possono aversi delle forme parcellari (per esempio il nistagmo mioclonico di Lenoble ed Aubineau), forme emiplegiche, forme generalizzate, forme parziali omolaterali (nello stesso lato della ferita). A seconda della *durata* può aversi perfino il tipo continuo di Kojewnikow nel quale le contrazioni di un segmento muscolare sono continue, anche durante il sonno.

***

Dopo la crisi sono facili a vedersi una serie di disturbi postparossistici, che vanno da un semplice e breve periodo di abbattimento, fino ad uno stato di vero ebetismo e decadimento intellettuale (*demenza epilettica traumatica*); in gene-

rale si ha qualche paresi o paralisi parziale e fugace, disartria o afasia transitoria, o qualche breve deficienza sensitiva o sensoriale.

*
* *

Alcuni epilettici hanno solo accessi: altri hanno un succedersi di accessi e di equivalenti; altri hanno solo *equivalenti.*

Gli equivalenti nello stesso soggetto si ripetono sempre sotto la stessa forma, sono brevi, rapidi nel comparire e scomparire, ma accompagnati anche essi da stato di incoscienza e seguìti da amnesia. Solo le *fughe epilettiche* sono crisi deambulatorie di lunga durata.

Anche gli equivalenti possono essere generali (vertigini, assenze, fughe, crisi vaso-motrici, crisi di eccitazione o depressione psichica, crisi di cefalea, di vomito, di sonno) o parziali (a tipo paralitico, sensitivo, sensoriale, disartrico o disfasico).

Evoluzione e prognosi. Salvo qualche caso raro di remissione e guarigione, l'epilessia traumatica tende piuttosto ad aggravarsi e arriva spesso ad un vero *stato epilettico.* La prognosi è benigna nelle persone che hanno solo qualche accesso annuale, grave negli accessi mensili, gravissima nelle forme a ripetizione settimanali o giornaliere.

Diagnosi. Nel diagnosticare una epilessia traumatica, recente o tardiva, ricordiamo la possibilità di trovarci di fronte ad un *simulatore* (manca in questi la riproduzione esatta della crisi, mancano i segni postepilettici); ad un *isterico* (la crisi è atipica, il malato è agitato, facile al pianto, facile alla suggestione, manca la cianosi del viso, la emorragia sottocongiuntivale, ecc.); ad un *tetanico tardivo*, ad un malato con *tumore cerebrale*, con *meningite sifilitica*, con *ascesso cerebrale* restato finora latente, *ascesso meningeo tardivo*, *emorragia*, *encefalite*, ecc. La esatta soluzione diagnostica in molti di questi casi si impone anche per la cura, eventualmente chirurgica.

Patogenesi. Probabilmente l'accesso epilettico è dovuto ad una irritazione primitiva della corteccia, che secondariamente può essere trasmessa al bulbo. Questa irritazione o è prodotta direttamente da un corpo estraneo, da una scheggia, da una callosità voluminosa, da un ematoma, da un ascesso, ecc., o indirettamente per mezzo delle cicatrici nevrogliche residuate alla ferita cerebrale o alle emorragie prodotte dal trauma.

La crisi per se stessa è provocata dalla espansione del cervello verso il corpo irritante; espansione che a sua volta fu provocata da *aumento di pressione intraventricolare.* Ma vicino a queste crisi legate ad ipertensione e vasodilatazione cerebrale ve ne sono altre legate ad *ipotensione del liquido cefalo-rachidiano*, nelle quali si ha invece retrazione delle circonvoluzioni ed anemia corticale; in queste l'attacco è dovuto non ad una sindrome di eccitazione, ma ad una sindrome da inibizione corticale.

Infine oggi si insiste sull'*importanza del simpatico* nella epilessia.

Cura chirurgica. Nelle ferite non penetranti non intervenire. Nelle penetranti fare della buona profilassi antiepilettica con la disinfezione più pronta ed accurata delle ferite craniche, rispettando sempre la dura madre, che va aperta solo se esiste sotto di essa un proiettile o un ematoma.

L'intervento chirurgico si impone nella epilessia precoce, dovuta per lo più ad un ematoma, una scheggia, un ascesso.

Nell'epilessia tardiva è bene intervenire solo se si tratta di asportare un proiettile superficiale o se si è di fronte ad uno stato epilettico conclamato. Non ostante i buoni successi di alcuni interventi profondi, geniali ed arditi, in genere molti atti operativi non fanno altro che aumentare il volume delle cicatrici nevrogliche.

Le operazioni cranio-plastiche sono per concorde parere da rigettare, come quelle che da sole possono causare la epilessia.

In ogni modo prima di operare è bene di tentare una serie di punture lombari se vi è ipertensione ventricolare; di iniezioni di siero ipertonico o glucofalo se vi è ipotensione.

Cura medica. È la stessa della comune epilessia, a base di bromo, luminal, ecc. Sono da segnalarsi alcuni brillanti successi ottenuti con la *radio-* e *radiumterapia* in feriti aventi crisi frequenti, intense e ribelle ai comuni trattamenti, ed in altri con stato di male.

PERSIA.

CUTE.

Neurodermite.

(HERXHEIMER. *Medizinische Klinik*, 26 febbr. 1926).

La neurodermite fu dapprima descritta da Vidal, che considerandola una varietà di lichene la denominò Lichen simplex. Fu Brocq che la chiamò neurodermite, quantunque con questa denominazione non volle pregiudicare nulla circa la probabile etiologia dell'affezione, ma solo mettere in evidenza l'elemento essenziale che è il prurito. In effetti nel concetto della sindrome neurodermitica sono compresi dai vari autori tutti quei casi caratterizzati da prurito e da eruzioni cutanee noduliformi.

La neurodermite può essere acuta e cronica.

La neurodermite acuta non ha alcuna importanza. Si manifesta con prurito più o meno forte, che scompare dopo qualche settimana cedendo alle comuni pomate antipruriginose.

La neurodermite cronica può colpire bambini ed adulti ed assumere una forma disseminata ed una forma circoscritta. La forma disseminata dei bambini corrisponde al prurigo di Hebra, quella circoscritta alla mycosis flexurarum dello stesso autore.

Una speciale importanza ha la neurodermite cronica dei bambini di un anno di età. Essa è caratteristica per la sua localizzazione costante, perchè dura molti anni e perchè generalmente è l'espressione di una diatesi rachitica o essudativa. Ha sede sulla superficie esterna degli arti e l'intensità dell'eruzione degrada dall'alto in basso. L'eruzione è costituita da noduli lichenoidi, ai quali può aggiungersi un'efflorescenza secondaria, specialmente piodermica. Tale forma è suscettibile di miglioramento e sono registrati casi di guarigioni in seguito a bagni solforosi o all'applicazione di pomate naftolate e glicerinate. Anche il prurito, che di solito è molto intenso, può assumere gradi diversi, migliorare e anche guarire.

Nella neurodermite circoscritta dei bambini di un anno di vita la localizzazione è ancora più precisa: superficie flessorie del gomito e del ginocchio, qualche volta del polso e del collo, più raramente alla nuca o alle regioni latero-cervicali. Oltre ai noduli lichenoidi si notano inspessimento ed iper- o ipopigmentazione della cute. Il prurito è intenso come nella forma disseminata, ed il conseguente grattamento provoca la formazione di croste, pustole, follicoliti, impetigini e furuncoli. La malattia dura molto tempo e talora anche per tutta la vita. Circa l'etiologia di questa affezione nulla si sa ancora di preciso: si è pensato ad una forma infettiva ma gli ultimi studi la farebbero invece dipendere da cause interne. Il trattamento deve essere indirizzato a calmare il prurito, che è la causa talvolta di gravi manifestazioni cutanee. Per la cura radicale sono state suggerite pomate a base di catrame e la röntgenterapia.

Per la neurodermite disseminata degli individui di età maggiore, non è stato ancora determinato se trattasi di una particolare affezione cutanea, oppure debba essere ricollegata ad altre forme di prurito, al pruritus gravidarum, hiemalis, senilis o essentialis. Al riguardo è da notare che spesso questa forma di neurodermite è scambiata con la scabbia, e gli infermi sono inutilmente o pericolosamente sottoposti a ripetute cure a base di zolfo.

La neurodermite cronica disseminata può assumere anche un aspetto pianeggiante, perchè i singoli noduli lichenoidi si fondono in un'unica superficie d'inspessimento e di pigmentazione cutanea.

La maggiore importanza per la pratica ha la neurodermite circoscritta degli adulti. Nell'anamnesi di alcuni pazienti si trova che essi hanno già sofferta un'altra dermatite, che per i disturbi subiettivi, la localizzazione, l'aspetto, nonchè per la residua pigmentazione si riconosce per una neurodermitis flexurarum del primo anno di vita. In altri casi l'anamnesi individuale è negativa, ma non è raro che altri membri della famiglia abbiano sofferta la stessa affezione. Anche in questa forma il focolaio neurodermitico può essere la conseguenza del prurito, e si possono avere dermatiti secondarie, eczema, gravi alterazioni cutanee, accentuazione delle pliche cutanee, forte ispessimento della cute, formazione di croste e ragadi. Si può avere una neurodermitis capitis di difficile diagnosi, specie se i pazienti hanno capelli lunghi, una neurodermitis occipitis nelle donne localizzata alla nuca all'impianto dei capelli e che può essere scambiata con un neo telengettasico.

Un'altra sede di predilezione è la faccia, specie nelle ragazze. Può essere colpita anche la superficie esterna dell'avambraccio, la superficie interna delle coscie specie negli uomini, la superficie esterna delle gambe specie nei vecchi.

Talvolta si formano placche di neurodermite sulle varici delle gambe. Molto frequente è la forma speciale alla vulva, all'ano. Allo scroto, alla piega genitofemorale la neurodermite suole seguire ad una epidermofisia o micosi ed eventualmente ad un eczema. Talvolta si manifesta perfino al palmo della mano ed alla pianta dei piedi.

Il reperto anatomo-patologico della neurodermite è caratteristico. Le singole fasi sono state seguite e descritte da Ehrmann. Oltre l'edema e la dilatazione dei vasi sanguigni e linfatici è da rilevare che l'infiltrazione linfocitaria ha sede principalmente intorno ai vasi ed alla base delle papille che prendono la forma di noduli. Questi noduli sono spesso così distinti da rassomigliare a tubercoli miliari, senza però assumere l'aspetto caratteristico della tubercolosi. Tuttavia la generalità di questi noduli ha istologicamente l'aspetto dei noduli del lupus vulgaris. La disposizione dei noduli linfocitari non ha alcuna analogia con quella dei noduli superficiali della mycosis fungoides, con la quale la neurodermite ha clinicamente grande analogia.

In quanto all'etiologia ed alla patogenesi bisogna considerare le cause interne e quelle esterne. I neurodermitici sono individui predisposti alla loro malattia. L'A. ha osservato un gran numero di persone di ambo i sessi e di tutte le età che soffrono lungamente di prurito senza che si ma-

nifestino gli altri sintomi della neurodermite. Questi individui sono senza dubbio predisposti alla malattia. È difficile precisare in che cosa consista questa predisposizione. Si vuole che essa sia in rapporto alla presenza nell'organismo di sostanze derivanti da alterata funzione del tubo gastro-enterico o delle glandule endocrine. D'altra parte è stato osservato che la neurodermite si manifesta con frequenza nei bambini rachitici, ciò che confermerebbe la sua origine discrasica. Così è stata notata la sua maggior frequenza durante il periodo bellico e postbellico quando l'alimentazione era scarsa, e sopratutto deficiente di sostanze contenenti vitamine A e B.

La terapia deve essere indirizzata sopratutto a modificare le cause interne. Localmente è stata tentata la röntgenterapia che ha dato buoni risultati nei casi iniziali, ma essa non può essere ripetuta nelle generalmente frequenti recidive. Nelle forme avanzate sono da sperimentarsi i preparati di catrame. Per calmare il prurito si conoscono molti preparati e l'industria ne va preparando sempre di nuovi, tra i quali sembra molto efficace il calmitolo, un preparato a base di canfora e iodio con mentolo ed oleato di scopolamina.

DR.

ORGANI DIGERENTI.

Le stenosi esofagee organiche e funzionali.

(A. MONTANARI. *Riv. di Clinica medica*, 15 apr. 1926).

Ricordi anatomici. L'esofago nella sua lunghezza ha tre stretture: superiore o cricoidea, mediana o aortico-bronchiale, inferiore o sopradiaframmatica. La sua parete si compone di uno strato esterno a fibre muscolari longitudinali, uno medio a fibre circolari, ed uno mucoso interno. Vago e simpatico forniscono i nervi che fra i due piani muscolari formano un plesso con molte fibre mieliniche.

Ricordi di fisiologia. I centri nervosi che presiedono e coordinano i movimenti esofagei sono situati nella parte superiore del bulbo: i movimenti del cardias e dello stomaco hanno centri situati nel solco crociato, nucleo caudato e lenticolare, eminenze quadrigemine, olive bulbari e tratto midollare superiore. Non è bene accertata la funzione dei gangli intraparietali ed il loro rapporto con le fibre provenienti dall'asse cerebro-spinale.

Allo stato di riposo l'ingresso esofageo è chiuso dal tono del muscolo crico-faringeo; nel segmento toracico le pareti sono divaricate per effetto della pressione negativa intratoracica, ed il cardias è chiuso per un meccanismo non conosciuto con precisione.

Neanche la meccanica della deglutizione è ben conosciuta: molti sostengono (Meltzer) che il bolo progredisca per contrazione peristaltica e successiva di tre tratti distinti: altri (Kronecker) credono che il bolo venga lanciato con un solo atto fino al cardias. Il cardias si apre secondo alcuni per aumento della pressione *a tergo*, altri per un riflesso partente dalla mucosa.

*
* *

I *sintomi generali* che accompagnano le lesioni dell'esofago sono: la *disfagia*, il *rigurgito*, il *senso di peso e di dolore retrosternale* (che a volte si irradia verso la regione epigastrica, la colonna vertebrale, la radice degli arti superiori) e la modificazione dei rumori che accompagnano la deglutizione fisiologica.

Rilievi utilissimi danno il sondaggio, la radiologia e la esofagoscopia, purchè fatti con strumentario adatto e da mani esperte: evitando tali manovre quando esiste un aneurisma dell'aorta, una emorragia esofagea, o una cardiopatia che predisponga alle sincopi.

La diagnosi viene facilitata, oltre che dal rilievo dei segni, anche dalla maniera come questi si presentano: per esempio, una disfagia costante e progressiva fa pensare ad una stenosi meccanica, una disfagia intermittente, che compare e scompare all'improvviso, più per i liquidi che per i solidi, è verosimilmente causata da uno spasmo: se la disfagia si manifesta dopo una impressione psichica, o solo per un dato alimento che magari è di facilissima ingestione, subito si affaccia alla mente la natura isterica.

*
* *

Indi l'A. passa in rapida rassegna le cause principali di stenosi esofagea.

1) *Cause congenite.* È stato descritto un megaesofago congenito, con stenosi relativa del cardias: congenitamente si possono avere anche stretture anulari specie in corrispondenza della biforcazione tracheale. I disturbi cominciano a comparire appena i bambini cominciano a prendere cibi solidi ed aumentano di anno in anno.

2) *Cause meccaniche.* Queste possono essere intrinseche (ostruzione per parte di corpi estranei) ed estrinseche. Fra queste vanno ricordate alcune lordosi eccessive delle vertebre cervicali che possono dare stenosi alta dell'esofago, e la tubercolosi polmonare a lenta evoluzione, che può retrarre tanto un emitorace da deviare ed incurvare trachea ed esofago.

Fra i vari processi morbosi del mediastino capaci di provocare una stenosi esofagea, vi è in

prima linea l'aneurisma dell'aorta se questo ha sede in corrispondenza della biforcazione tracheale: se è situato più in basso, l'aorta è più distante dall'esofago e lo comprime più difficilmente.

Queste stenosi in genere non sono molto progressive perchè l'esofago a poco a poco cerca di adattarsi o di sfuggire al nuovo stato di cose.

Le cause meccaniche agiscono sia per compressione diretta, sia funzionando quale stimolo che provoca uno spasmo riflesso della musculatura esofagea a livello della lesione.

3) *Cause circolatorie.* Nei casi di stasi portale si può avere una stenosi bassa dell'esofago per varicosità delle sue vene, anastomotiche fra la porta e l'azigos. In questi casi un sondaggio può dare emorragie mortali.

4) *Cause infiammatorie.* Tutte le esofagiti anche le più superficiali e lievi, possono dare stenosi meccanica o spastica dell'esofago. Le cause infiammatorie possono essere di natura chimica e batterica. Fra le prime va ricordata la narcosi con etere, l'alcool, il tabacco, il piombo (intossicamento professionale). Il vomito frequente ed iperacido in alcune gastropatie, la stasi circolatoria esofagea in certe malattie croniche delle vie respiratorie e circolatorie possono provocare anche esse alterazioni stenosanti della mucosa esofagea.

I caustici ingeriti per errore o a scopo suicida danno a preferenza esofagiti a livello delle stretture fisiologiche: nel 1922 Lotheissen scriveva che il 26 % di questi pazienti muoiono per penetrazione del liquido caustico nelle vie respiratorie e per diffusione del processo infiammatorio al mediastino ed alla pleura. Fra i sopravvissuti pochi sono gli illesi. In quasi tutti si stabilisce una stenosi che per il 12 % è causa di morte durante la cura e altrettanti sono uccisi dalla tubercolosi facile ad insorgere in questi soggetti.

Morbillo, scarlattina, tifo, vaiolo, colera, difterite, sepsi possono causare delle esofagiti batteriche eventualmente stenosanti.

5) *Tubercolosi.* È rara la localizzazione esofagea del bacillo di Koch: sia di provenienza linfogena, sia ematogena, essa è facilitata da preesistenti lesioni della mucosa.

6) *Sifilide.* La sifilide esofagea è rarissima: quando esiste dà in prevalenza stenosi cicatriziali della parte alta, e si trova accompagnata quasi costantemente da lesioni specifiche dell'istmo delle fauci, del faringe, del laringe, della trachea e della lingua: e sopratutto notasi la curiosa coincidenza della psoriasi palmare. Con le cure antiluetiche è possibile la guarigione nel solo periodo gommoso, ma non nel periodo di stenosi cicatriziale.

7) L'*actinomicosi* è rarissima.

8) *Cause neoplastiche.* L'80-90 % delle stenosi esofagee sono carcinomatose. Il carcinoma per lo più è primario, ad epitelio piatto: di rado è secondario a carcinoma del cardias, del laringe, della tiroide: quasi mai è metastatico. La sede preferita è nelle stretture fisiologiche, specie del segmento inferiore. Comincia in un punto circoscritto, poi si diffonde ad anello, invade ed irrigidisce la parete esofagea; poi si rammollisce ed ulcera: con l'ulcerazione può coincidere un temporaneo miglioramento della stenosi se questa già si era stabilita. A monte della stenosi l'esofago si dilata ed in questa sacca ristagna del materiale di ingestione, o di secrezione del tumore, che di tanto in tanto viene rigurgitato. In questo liquido ricco di saliva mancano l'acido cloridrico ed i fermenti gastrici. Dolore, rigurgito, salivazione sono i sintomi che accompagnano il male. Sono frequenti le metastasi verso i tessuti vicini, le perforazioni nella trachea o nell'aorta, e le mediastiniti suppurative.

Il decorso massimo è di due anni.

9) *Ulcera peptica.* La sua patogenesi è oscura, come quella delle ulceri gastriche o duodenali cui spesso si associa. Ha sede nella prossimità del cardias e forse è dovuta o al frequente risalire di succo gastrico in quella porzione di zona esofagea, o alla presenza aberrante di isolotti di mucosa gastrica. Segni principali sono: il dolore epigastrico o alla base dello sterno, la disfagia, i rigurgiti spesso emorragici.

10) *Spasmi.* Oltre uno spasmo riflesso che può accompagnare le piccole o grandi lesioni organiche dell'esofago, esiste uno spasmo puro, che non si sa ancora da che dipenda. Secondo Kronecker può dipendere da asinergia della funzione antagonistica delle fibre muscolari longitudinali che normalmente si contraggono, mentre quelle circolari dei segmenti sottostanti si rilasciano favorendo il progredire del bolo alimentare dall'alto al basso.

In termini più generali lo spasmo si ha quando è rotta l'armonia nel giusto succedersi di stimoli eccitatori e inibitori provenienti dai centri nervosi e dai gangli intramurali.

Spasmi dell'esofago si hanno facilmente in soggetti nevropatici, isterici (bolo esofageo), epilettici (ansa epilettica esofagea) o nevrastenici (pirosi, crisi parossistiche esofagee da surmenage).

Le tossine di certe malattie infettive (corea, tetano, rabbia) agiscono sul sistema nervoso centrale provocando lo spasmo esofageo.

Qualche rara volta si hanno delle false stenosi per paralisi dell'esofago. Altre volte invece si ha un vero e proprio spasmo associato a paralisi dell'esofago. Altre volte ancora, una sindrome spastica è originata in via riflessa da una lesione

organica dello stomaco o di altri organi. Infatti sono frequenti i vomiti esofagei originati da uno spasmo del cardias nella gastrite alcoolica, negli ipercloridrici, nello stadio iniziale del cancro dell'esofago; e non è rara l'associazione del cardiospasmo con l'ulcera gastrica.

*
* *

L'autore fa seguire a questa rivista qualche cenno generico sulla cura (avendo di mira la causa etiologica), ed un largo riassunto bibliografico.

PERSIA.

Enterite flemmonosa.

(O. TEUTSCHLAENDER e B. VALENTIN. *Mitt. a. d. Grenzgebieten der Med. u. Chir.*, vol. 38, f. 4).

È una affezione molto rara, quasi sempre mortale, sia per il fatto che non viene diagnosticata se non quando ha dato luogo alla peritonite generalizzata, sia perchè l'intervento chirurgico può avere successo solo quando il flemmone è localizzato nella parte terminale dell'ileo e nel colon. I quattro casi di guarigione finora comunicati, erano di questa sede. Il tenue, e specie il duodeno è la sede più frequente della affezione.

Gli AA. hanno operato con successo un caso loro occorso. Si trattava di una donna di 51 anni, che otto giorni prima dell'ingresso in clinica era stata colpita da cefalea, febbre, spossatezza generale. Si decide a ricoverarsi perchè colpita improvvisamente da violenti dolori al quadrante inf. destro dell'addome. Non vomito, defecazione normale. Febbre a 37-38. Nel punto di MacBurney e all'est. di esso, difesa dolorosa alla pressione in una zona della estensione di un palmo. Viene fatta diagnosi di « processo infiammatorio nella regione del cieco, probabilmente si può escludere l'appendicite ».

All'intervento si rinviene una tumefazione rotondeggiante in corrispondenza della valvola ileociecale, la parete è edematosa, nel mesenterio si palpa qualche ghiandola molle.

Emicolectomia destra. Alla sezione della tumefazione si osserva che la mucosa del cieco, vicino allo sbocco dell'ileo, è edematosa, arrossata, tutti gli strati della parete sono ispessiti, di aspetto lardaceo; qua e là si notano numerose gocce di pus che in qualche punto confluiscono formando piccoli ascessi. Il pus è fluido e giallo, contiene staffilo e streptococchi.

L'affezione è più frequente dopo i 30 anni e predilige il sesso maschile.

Nella maggior parte dei casi pubblicati si sono osservati streptococchi, talvolta stafilococchi e pneumococchi. Solo in 2 casi fu trovato il colibacillo.

L'aspetto anatomo-patologico è quello solito dei flemmoni. Per la patogenesi delle forme primitive alcuni autori pensano a lesioni delle mucose determinate da parassiti o corpi estranei, lesioni che permettono la penetrazione dei germi nella parete intestinale. Da altri autori si pensa a una genesi ematogena, specie in considerazione alla qualità dei germi così diffusi nel mondo esterno, mentre il colon è abitato prevalentemente dal colibacillo. Delle tuniche costituenti la parete intestinale, la più colpita è la sottomucosa. La sede di predilezione è, nella quasi totalità dei casi, il duodeno e la parte superiore del digiuno.

Nei 4 casi trattati con successo, la sintomatologia aveva fatto pensare ad una appendicite e quindi decise all'intervento.

Gli AA. credono (*? N. d. R.*) che si possa fare una diagnosi differenziale in rapporto alla sintomatologia. I pazienti presentano per 1 3 settimane prima dell'accesso acuto disturbi generali, come cefalea, anoressia, febbre senza che sia presente nessun sintoma che indichi il cieco come sede dell'affezione. Poi improvvisamente, anche in piena salute, insorgono dolori nella regione cecale e perdita di forza. In 1 o 2 giorni si palpa già una grossa tumefazione, il che starebbe contro l'appendicite per l'impossibilità che si formi un ascesso in così breve tempo. In più ci sarebbe sempre una defecazione regolare e presenza di sangue nelle feci. Quando è colpita la parte alta del tenue la diagnosi è possibile solo quando è manifesta la peritonite.

L'intervento ha probabilità di successo, solo quando è colpita l'ultima parte dell'ileo, il cieco e il colon; consiste nella resezione estesa del segmento interessato in modo da eliminare completamente il focolaio morboso.

VALDONI.

IGIENE.

La ginnastica pedagogica, profilattica e medica.

(A. VINAJ. *Annali di Igiene*, 1925, n. 10 e 11).

In uno studio particolareggiato l'A. esamina il moderno orientamento della ginnastica, quale ci fu apportato dallo svedese Ling. È noto il principio su cui si basa questo sistema, secondo il quale ogni eccitamento prodotto sopra una parte del corpo ha la sua ripercussione sulle altre parti e sull'intero organismo. Caratteristica di questo metodo è la grande semplicità e la notevole varietà dei movimenti; esso tende in complesso al rinvigorimento generale dell'organismo ed all'armonia delle funzioni.

Tale metodo, che largamente usato in Scandinavia, ha contribuito alla rigenerazione della razza, si è poi diffuso in tutto il mondo, formando la base dell'educazione fisica. Da noi la ginnastica non si è ancora estesa come sarebbe necessario per diverse ragioni; anzitutto per la mancanza di una giusta valutazione dei salutari effetti da essa esercitati e per la deficienza del nostro insegnamento pedagogico ed inoltre anche perchè, in conseguenza dell'intensità della vita odierna, pochi hanno il coraggio e l'energia di incominciare e continuare regolarmente e puntualmente gli esercizi, talora un po' monotoni che si impongono, specialmente agli inizi.

L'A. fa una particolareggiata elencazione dei principali movimenti delle varie articolazioni e del tronco e si sofferma a lungo sulla ginnastica respiratoria che, di riverbero, assume notevolissima influenza sulla circolazione e sul ricambio. I pregi del metodo svedese consistono in ciò che esso, per la sua tecnica speciale ed il ritmo, raggiunge lo scopo di sviluppare in modo uniforme ed armonico tutti i muscoli, di rendere più ampio il giuoco articolare e sopratutto di favorire l'aumento della capacità e l'ampiezza respiratoria.

Sulle basi fondamentali create da Ling, si sono poi andate sviluppando delle nuove scuole che, per lo più, hanno avuto di mira la diffusione e la volgarizzazione del metodo, adattandolo alle esigenze della vita moderna.

Fra queste sono da citare specialmente quella di Müller che va considerato come uno fra i più intelligenti e pratici volgarizzatori e valorizzatori della educazione fisica moderna. Pure importante è il metodo di ginnastica da camera di Glénard che riesce un'arma preziosa per lottare contro i disturbi dovuti a rallentato ricambio ed a sollevare l'azione antitossica del fegato, combattendo gli effetti nocivi della vita sedentaria.

I migliori metodi della educazione fisica pero non possono essere efficaci che alla condizione che essi siano appropriati all'individuo che li deve praticare. Quindi la determinazione dello stato fisico individuale deve precedere ogni tentativo ginnastico nel medesimo modo che il sus seguente controllo del progressivo sviluppo del fanciullo deve essere il solo mezzo sicuro per precisare il valore del metodo educativo applicato. In ambedue queste mansioni l'opera del medico diventa indispensabile.

Gli esercizi che richiedono una manifestazione di forza neuromuscolare non devono essere prescritti che dopo la pubertà e prima di avviare ad essi i giovani è necessario sempre un periodo educativo di adattamento.

L'esercizio potrà essere continuato anche dopo i 35 anni, ma dovrà essere limitato ad un allenamento sportivo senza esporre l'individuo a sforzi che non sarebbero sopportati. Nella scelta dello sport l'intellettuale ha tendenza a preferire un esercizio che richieda tensione nervosa ed elasticità di mente, mentre il medico dovrà indirizzarlo piuttosto ad uno sport muscolare automatico. Invece per l'operaio sarà da preferirsi un esercizio che racchiuda in sè le qualità correttive della tendenza professionale, esercizio da eseguirsi all'aperto per neutralizzare gli effetti delle lunghe giornate trascorse nelle officine.

L'A. conclude il suo ampio lavoro avanzando i seguenti postulati:

1) L'educazione fisica dovrebbe essere compiuta nelle scuole primarie e secondarie fino all'età di 16 anni;

2) Questa dovrebbe essere praticata ogni giorno all'aperto od in locale aerato sotto forma di ginnastica svedese per la durata di un quarto d'ora per volta al mattino ed alla sera e possibilmente verso la metà delle ore di studio; una volta la settimana almeno, passeggiate od esercizi o giuochi sul campo sportivo;

3) Dovrebbe essere istituita una cartella individuale tenuta a giorno dai maestri e dai medici, riguardante le condizioni fisiche del titolare. Questa scheda dovrebbe seguire poi lo scolaro tanto presso le altre scuole che presso le società sportive ove egli volesse inscriversi;

4) Il medico scolastico, adeguatamente preparato con un insegnamento universitario di ginnastica pedagogica e medica dovrebbe sorvegliare e dirigere l'educazione fisica della scolaresca;

5) Dovrebbero riorganizzarsi gli Istituti superiori di educazione fisica, secondo i concetti della scienza medica e pedagogica moderna con una istruzione teorica e pratica completa in modo da avere una classe di insegnanti di educazione fisica perfettamente rispondenti allo scopo.

Di fronte a tali giuste richieste sta purtroppo lo stato di fatto attuale per cui, in gran parte delle scuole secondarie l'unico segno tangibile della educazione fisica è... il pagamento della relativa tassa; mentre la vera educazione fisica si risolve spesso in tre quarti d'ora o poco più alla settimana di esercizi fatti alla meglio, magari in un corridoio più o meno buio e polveroso delle stesse aule scolastiche! (*N. d. R.*).

fil

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. G. PARLAVECCHIO. *Contributi di Terapia e Tecnica chirurgica*, vol. II, parte 1ª. Palermo, Cultura medica editrice, 1926.

Con ammirabile sollecitudine il Parlavecchio fa seguire al primo volume uscito l'anno scorso questa prima parte del secondo, che comprende la chirurgia del tubo gastro-enterico, un campo cioè ricco di applicazioni operatorie, e in cui il chirurgo palermitano porta contributi personali notevolissimi.

Alcuni dei processi riportati nel libro sono già largamente conosciuti per pubblicazioni precedenti e vagliati dall'esperienza, altri sono meno noti; sia fra gli uni che fra gli altri ve ne sono di quelli che sono accettati o da accettare con favore; tutti attestano la buona tecnica e l'acuta versatilità dell'autore.

Il capitolo sulla cura delle ptosi gastriche, ad es., se può lasciar dubbiosi sull'utilità finale di molteplici processi, è però una prova del suo sottile ingegno e della solida cultura nella sistematizzazione dei criteri anatomici e fisiologici, su cui le varie proposte vengono basate e rappresenta invero un'esposizione dottrinale completa che fa onore alla mente di chi l'ha ideata ed esposta.

Molti processi sono dovuti ai discepoli del Parlavecchio; alcune operazioni sono state sperimentate sugli animali, ma non usate sull'uomo; non tutte a mio parere sono da accettare senz'altro, ma denotano una ricchezza d'idee, da cui molto si può sperare nell'applicazione pratica, che potrà modificare il giudizio o variare la tecnica, ma che da idee nuove ha sempre da guadagnare.

Anche gli strumenti nuovi che sono proposti per l'uso, sono spesso assai ingegnosi e potranno rendere utili servizi.

R. ALESSANDRI.

WERTHEIMER et BENNIOT. *Chirurgie du tonus musculaire.* Masson, ed. Fr. 22.

Riportata l'anatomia del simpatico nelle sue varie porzioni secondo le ricerche moderne e dei rami comunicanti gli AA. si addentrano nello studio dell'importanza del sistema sul tono muscolare con le sue variazioni di ipertonia in diverse affezioni del midollo indicando il mezzo di trattamento. Infine trattano diffusamente la tecnica della resezione del simpatico nelle varie porzioni illustrandola con numerose figure e riportando alcuni casi clinici. Il volume di circa 135 pagine è presentato sotto un bello aspetto tipografico con nitide figure in nero.

R. BRANCATI.

GREIL. *Das Krebsproblem.* Barth, Leipzig, 1925. RM. 6.

Accennate succintamente le ricerche fatte in questi ultimi 25 anni ed i tentativi di cure con vari mezzi, si addentra nel Darvinismo in relazione con le ricerche sul cancro parlando dell'onto- e della filogenesi portando così il problema in un campo filosofico. E nello stesso livello rimane parlando della teoria avvenire del trattamento con la terapia *sterilisans magna* combinata e dell'igiene del cancro.

R. BRANCATI.

Krebsbüchlein. Hans Rhaue, Zurigo, Hotzestrasse 35.

È ciò che si dice « un fondo di bottega » che ritorna in luce.

Un libricino stampato nel 1823, ristampato qualche anno addietro. Vi sono contenuti in forma piacevole e piana consigli ed avvertimenti per un giovane medico esordiente.

R. BRANCATI.

SIMONE LABORDE. *La curithérapie des cancers.* Masson, edit. Fr. 27.

È un libro che interessa non solo lo specialista ma anche il biologo ed il chirurgo. Alle nozioni generali sulla radioattività segue un breve cenno sulla etiologia e sull'anatomia patologica delle forme più comuni di tumori maligni e sui metodi diagnostici e quindi viene svolta in modo più ampio l'azione delle irradiazioni con una classificazione del comportamento dei vari tipi di tessuti neoplastici e le nozioni sull'azione dei raggi per via diretta o per via indiretta umorale. Sono quindi riportati gli apparecchi di misurazione radioattiva e gli strumenti per l'applicazione del radio ed infine i diversi casi clinici corredati da numerose figure d'infermi prima e dopo il trattamento.

R. BRANCATI.

VICTOR PAUCHET e S. DUPRET. *L'anatomie en poche.* G. Doin et C.ie, editore, Paris.

È un volume formato cm. 11 × 18 contenente 297 figure in nero e in colore sul tipo di atlante topografico dimostrativo, con leggende, numerosissime, illustrative dei quadri anatomici.

Gli AA. in questo piccolo volume con figure chiare, nette, schematiche riassumono l'anatomia, offrendo in un piccolo formato e di poco costo un prontuario di anatomia utilissimo per i chirurgi come per gli studenti per ripetere la anatomia per sommi capi.

JURA.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta del 20 maggio 1926.

Presidenza: prof. N. LEOTTA, presidente.

E necessaria la ferita del tessuto per la produzione di tumori da bacillus tumefaciens su vegetali?

Prof. RIVERA. — L'O. riferisce che tutti i tentativi fatti nell'intento di far sviluppare un tumore vegetale con la semplice applicazione di una cultura di bac. tumefaciens sul fusto intatto delle piante hanno avuto esito negativo chè è sempre stato necessario scalfire più o meno profondamente l'epidermide della pianta per far sviluppare il tumore. Conclude che in ogni caso, per la produzione del tumore vegetale occorre non solo la presenza del bac. tumefaciens, ma anche una lesione di continuo. Ciò è la migliore prova della tesi di Smith, Riker, Dufrenoy, secondo i quali il tumore vegetale rappresenta una *reazione cicatrizzante eccessiva* e mai raggiungente la cicatrizzazione completa.

Sindrome clinica delle periduodeniti.

Prof. LEOTTA. — L'essenza di questa affezione che più che una tipica malattia, è una sindrome, consiste in un'alterata dinamica duodenale causata da membrane o aderenze che ostacolano la peristalsi duodenale.

I sintomi sono: dolori dopo i pasti, a sede duodenale, ma non precisamente circoscritti, dimagramento, decadimento generale delle forze, cefalea, nausee, talvolta diarrea intramezzata da stitichezza. Questo polimorfismo clinico può indurre l'osservatore non al corrente di questa affezione a fare le diagnosi più disparate come: ulcera gastrica e duodenale, colecistite, appendicite, ed indurre il chirurgo ad eseguire le relative operazioni. La causa di questa svariata sintomatologia va ricercata nelle aderenze che possono legare il duodeno al colon e alla cistifellea. L'O. affronta quindi il problema della diagnosi differenziale con l'ulcera duodenale e la colecistite, notando come essa sia talvolta veramente difficile e basata su l'apprezzamento di piccoli segni. Diagnosi differenziale con l'ulcera duodenale: 1) il dolore è nella periduodenite più indeciso e localizzato in una zona più estesa che nell'ulcera duodenale; 2) fissità e stabilità del dolore nella periduodenite, mentre nell'ulcera duodenale ha periodi di miglioramento e peggioramento e persino di tregua; 3) assenza nella periduodenite del dolore della fame; 4) assenza nella periduodenite del sangue nelle feci, mentre è frequente nell'ulcera duodenale in atto.

Diagnosi differenziale con la colecistite: 1) nella periduodenite non esiste la dolenzia al punto cistico e a tutti gli altri punti dolorosi della colecistite; 2) dolore diffuso nella periduodenite in una zona più estesa che non nella colecistite; 3) assenza nella periduodenite degli accessi di colica biliare e di tutti quei sintomi consecutivi all'ostruzione delle vie biliari.

Qualora si possano escludere l'ulcera duodenale e la colecistite è più facile orientare la diagnosi verso la periduodenite, ed allora sarà di valido aiuto la radiologia, la quale se non può sempre dettare un quadro radiologico nettamente differenziato fra periduodenite e ulcera duodenale pure può far rilevare piccole differenze nei due aspetti radiologici che, ove collimino con i segni clinici sopra rilevati, ci permettono di fare la diagnosi. Esse sono: 1) maggiore fissità e costanza delle deformazioni nell'ulcera duodenale, mentre le deformazioni della periduodenite subiscono variazioni notevoli; 2) la deformazione nell'ulcera duodenale è limitata al punto ove ha sede l'ulcera, mentre nella periduodenite esiste un tratto di massima deformazione ed altro di deformità minore ma estesa a tutto il duodeno.

Circa l'etiopatogenesi di questa affezione, il relatore, pur non volendosi occupare a lungo di questo lato, ammette la pluralità delle cause (ulcere pregresse e guarite, colecistite, anomalie congenite). L'O. entra quindi nel problema curativo. Ritiene che la cura, data l'origine meccanica dei disturbi, debba essere solamente chirurgica e reputa inutili tutti i rimedi interni. Circa il tipo di intervento ritiene si debba provvedere sempre ad una deviazione del circolo duodenale, sconsigliando la liberazione delle aderenze anche se seguìta da peritonealizzazione. L'O. ha praticato la gastro-enterostomia senza esclusione pilorica nei casi ove la stasi era sopra l'ampolla di Vater e la duodeno-digiunostomia nei casi di stasi sotto l'ampolla di Vater. Con questi criteri l'O. ha sempre ottenuto delle durature guarigioni nei numerosi casi trattati dei quali nove nell'anno accademico in corso.

Presenta infine numerosi radiogrammi.

Culture all'agar-tapioca.

Dott. MERLINI. — Comunica sopra un nuovo *mezzo di cultura all'agar-tapioca*, preparato col metodo solito per l'agar (2 %) con l'aggiunta dell'1 % di farina di tapioca. Mostra il terreno che non diversifica per l'aspetto dall'agar comune e indica il metodo di preparazione. Tutti i comuni germi facili a coltivarsi vi si sviluppano meglio e più rapidamente che sull'agar ordinario, ma esso si presta egualmente bene per lo sviluppo dei germi difficili e che richiedono speciali mezzi di cultura (b. di Pfeiffer, Bordet-Gengou, gonococco, b. difterico) e lo streptococco, solito a morire dopo pochi giorni nei comuni terreni, vi resta vivo e vitale e trapiantabile fino a 20 giorni dopo la semina. L'agar-tapioca si presta pure per la cultura degli anaerobi e dei funghi parassiti.

Sulle mediastiniti.

Prof. GALDI. — Riferisce le sue importanti osservazioni cliniche su le mediastiniti e sul loro valore pratico. Egli ha avuto occasione di osservare durante l'anno accademico 10 casi, dei quali uno fu potuto sottoporre all'autopsia e degli altri ha potuto avere il controllo radiografico, che egli mostra con altrettanti radiogrammi. Egli mette in evidenza i seguenti punti essenziali:

1) Le mediastiniti non sono un'affezione rara; 2) le comuni mediastiniti non sono prese nella dovuta considerazione, perchè troppo spesso, quando si parla di mediastinite, si pensa facilmente al tumore mediastinico; 3) le mediastiniti si devono diagnosticare prima che arrivino a dare la così detta sindrome mediastinica, la quale soltanto si ha nei casi conclamati e per compressione sugli organi mediastinici. Enuncia quindi i piccoli segni clinici dei quali ci si deve avvalere almeno per sospettare questa diagnosi; essi sono: resistenza alla percussione sulla parte alta dello sterno, ipofonesi che scende dallo sterno come due banderelle lungo le marginali dello sterno, spesso ottusità posteriormente lungo la colonna vertebrale, dolorabilità alla pressione dello sterno. Spesso si associano leggeri disturbi cardiaci (affanno, cianosi) e polmonari (tosse stizzosa con poco espettorato), dovuti a compressione; talvolta si possono avere anche sintomi a distanza come disturbi gastrici. Circa la etiologia si tratta o di pleuriti mediastiniche *ex se* anteriori o posteriori (pleurite interlobare, diaframmatica) o pleuriti mediastiniche che fanno parte di una pleurite generale con ispessimento. Spesso sono, come ebbe a notare in un caso, di origine sifilitica. Esorta i colleghi a ricordarsi più spesso di questa affezione. Per la terapia, tranne le forme luetiche, poco possiamo fare. Fa auguri che la chirurgia, che tanto arditamente interviene sul torace, possa avocare a sè la terapia di questa malattia.

Su di un caso di cisti del pancreas.

Dott. ROSSI. — L'O. riferisce un caso clinico di cisti del pancreas, la cui diagnosi era stata posta prima dell'intervento chirurgico ed era stata controllata alla radiografia.

La cisti apparteneva al gruppo delle pseudocisti; la parete era costituita del semplice connettivo senza rivestimento epiteliale; la cavità era unica. Il pancreas si presentava all'aspetto esterno alterato, ma non mostrava alcun segno di necrosi cerea. Il liquido era citrino limpido con numerosi leucociti, contenente il fermento proteo- e glicolitico. L'O. pensa che la causa di questa rara affezione del pancreas sia stata una infiammazione subacuta della ghiandola.

Sulla definizione del B. coli
e sulla sua distribuzione nel mondo esterno.

Dott. SIMONETTI. — L'O., dopo aver esposte le attuali conoscenze sul colibacillo e dopo aver criticato le vedute di alcuni batteriologi nord-americani sulla possibilità di differenziare il colibacillo fecale da quello non fecale mediante la reazione di Woges-Proskauer ed il cambiamento di reazione in seguito alla fermentazione del glucosio, espone le sue ricerche per controllare queste vedute e conclude che non è possibile la differenziazione dei due colibacilli, negando l'ubiquitarietà del colibacillo e ritenendo che la presenza di esso nell'acqua deve esser ritenuta come un indice di sicuro inquinamento.

Prof. RIVERA. — *Azione dei raggi Röntgen su meristemi normale di Ricinus communis.*

Prof. RIVERA. — *Dosi curative ed eccitanti di raggi X per tumori vegetali da B. tumefaciens.*

Prof. RIVERA. — *Azione anticrittogamica dei raggi X?*

Dott. L. QUARANTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La scarlattina dal punto di vista profilattico, diagnostico e terapeutico.

Applicando le recenti scoperte di Dick e di Dochez nella scarlattina, Lindsay, Rice e Selinger (*Journ. A. M. A.*, 17 aprile 1926) portano un ulteriore contributo a varie questioni inerenti a tale malattia.

Le conclusioni alle quali essi giungono sono le seguenti:

L'iniezione intracutanea di tossina scarlattinosa convenientemente concentrata, secondo il metodo di Dick, controllata con applicazione a gruppi, costituisce un ottimo mezzo per determinare la suscettibilità o l'immunità all'infezione.

Tale metodo è sempre di aiuto decisivo per la diagnosi.

Per mezzo di inoculazione della tossina è possibile immunizzare attivamente e per un periodo considerevole i soggetti recettivi. La dose per tale immunizzazione deve essere però accuratamente studiata, onde evitare serie reazioni nei soggetti provvisti naturalmente di scarsa quantità di antitossina, come indica una Dick reazione vasta ed intensa.

È poi provato che il siero di Dochez, usato per la cura della scarlattina, possiede delle reali e specifiche proprietà antitossiche, nelle dovute concentrazioni.

L'uso precoce di quantità sufficienti di antitossina riduce le complicazioni gravi.

Una dose singola abbondante di antitossina agisce meglio, da ogni punto di vista, di una dose piccola o moderata ripetuta.

L'iniezione intramuscolare è praticamente sufficiente in tutti i casi; la via endovenosa trova indicazione solo nei casi critici.

Secondo gli AA., infine, è prudente saggiare la sensibilità di tutti i pazienti verso il siero, prima di somministrare l'antitossina.

M. FABERI.

La cura della scarlattina.

P. A. Bly (*N. Y. State Journ. of med.*, apr. 1926) ha trattato numerosi casi di scarlattina sia col sangue intero di convalescente, sia col siero di convalescente, sia infine col siero di Dochez.

Il sangue di convalescente era estratto alla fine della quarta settimana di malattia, dopo averlo sottoposto preventivamente alla reazione di Wassermann, e veniva aspirato direttamente in siringhe della capacità di 50-100 cmc., contenenti della soluzione di citrato di sodio al 2-10 %. L'iniezione era fatta profondamente nella massa dei muscoli.

Il siero di sangue invece era conservato in soluzione di tricresolo al 3 % e se ne iniettavano circa 20 cmc.

Nei 12 malati trattati col primo metodo si ebbe mortalità del 25 %. Invece i 10 malati trattati col siero di sangue guarirono tutti, come pure i 12 che ricevettero il siero di Dochez. Quest'ultimo esplicò un'azione favorevole netta e rapida sui sintomi tossiemici e sull'esantema.

Le cure sussidiarie non specifiche consistettero nel riposo assoluto in letto per 21 giorni dal primo di malattia, nelle frequenti pennellature delle fauci con soluzioni di argirolo al 20 % e nell'introduzione di abbondanti liquidi. Tale ultima pratica fu naturalmente sospesa allorquando apparve complicazione nefritica, essendo dannoso forzare un rene divenuto impermeabile.

M. FABERI.

I risultati della vaccinazione antidifterica con l'anatossina di Ramon.

In Francia si susseguono ininterrottamente le relazioni riguardanti i resultati della vaccinazione antidifterica col metodo di Ramon (vedi *Policlinico*, Sez. prat., 1925, n. 43).

Lereboullet, Boulanger-Pilet e Gournay (*Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, n. 15, 1926) presentano una statistica di 2000 bambini, vaccinati profilatticamente in parte in ambiente ospitaliero, e in parte in collettività varie.

Nella maggioranza dei casi la vaccinazione è stata praticata con 3 dosi di 1/2-1 cmc., a distanza di quindici giorni tra la prima e la seconda, e di 8 tra la seconda e la terza.

Il controllo della reazione di Schick dimostrò che dopo la seconda iniezione già il 95 % dei soggetti era immunizzato; dopo la terza la percentuale salì al 100 %.

Percentuali alquanto più basse si ebbero invece in casi in cui, per lo stato del faringe dei bambini da immunizzare, si dovette usare contemporaneamente siero ed anatossina. Sembra infatti che lo stato d'immunità passiva conferita dal siero noccia all'immunizzazione attiva per mezzo dell'anatossina.

Dopo parecchi mesi, in molti soggetti fu dato poter constatare la persistenza dello stato d'immunità.

Le reazioni secondarie alla vaccinazione furono sempre lievi e rare, e comparvero solo nei bambini al disopra dei sei anni. Ne deriva quindi l'indicazione di vaccinare nei primi anni di vita,

escludendo solo i primi mesi. L'età migliore sembra essere tra uno e due anni.

Dal punto di vista delle reazioni locali, le regioni più adatte per l'iniezione sono la spalla e la coscia.

Lesnè (*ibid.*) esalta il siero antidifterico purificato dell'istituto Pasteur, col quale si diminuiscono molto gli accidenti serici, e riporta una statistica propria di circa 1000 bambini trattati coll'anatossina di Ramon.

Ch. Flandin, infine (*ibid.*), descrive gli ottimi resultati ottenuti con la stessa anatossina, usata su larga scala durante periodi di epidemia.

M. FABERI.

Sepsi postanginosa.

Affezioni apparentemente lievi del faringe possono dar luogo a sepsi mortale. In tali casi lo stato generale dei pazienti è molto grave, e questa gravità in contrasto con lo scarso reperto locale permette di fare la diagnosi di sepsi post-anginosa. Al collo e specialmente in corrispondenza dell'angolo della mandibola i tessuti sono tumefatti e dolenti alla pressione: la palpazione di solito non permette di distinguere se tumefazione e dolore siano dovuti ad adenite o a flebite. Il sintomo più caratteristico della sepsi post-anginosa sono i brividi: brividi che compaiono nel corso di una angina indicano sicuramente l'esistenza di una sepsi. In tutti questi casi esiste una tromboflebite della vena giugulare, come H. Lenhartz: *Munch. med. Wochenschr.*, n. 22, 1926, ha potuto dimostrare in cinque casi mortali.

I farmaci sono inefficaci; la sola cura che applicata a tempo può forse salvare i pazienti è la legatura precoce della vena giugulare. Questo intervento chirurgico dovrebbe essere tentato in tutti i casi non appena diagnosticata la sepsi postanginosa; l'esistenza di metastasi nei polmoni (frequente) od in altri organi non controindica tale intervento. I casi in cui non si procede alla legatura della vena giugulare hanno una prognosi assolutamente infausta. POLL.

L'anergia tubercolinica nella melitococcia.

La febbre di Malta è una malattia anergizzante, come lo provano gli 8 casi riferiti da Olmer e Massot (*Revue médicale de la France et des colonies*, giugno 1925); in tali malati la cutireazione alla tubercolina, fatta in pieno periodo febbrile, fu negativa.

Tale anergia non è semplicemente cutanea, poichè l'intradermoreazione alla tossina delle brodocolture di melitense era in tali casi positiva. Dopo la caduta della temperatura, la cutireazione alla tubercolina ridivenne positiva.

La febbre di Malta è quindi da ritenersi una malattia anergizzante durante la sua evoluzione; l'anergia persiste fino a quando persistono i fenomeni generali e funzionali: febbre, sudori, astenia, dimagrimento. La tubercolosi è da ritenersi una complicazione possibile della febbre di Malta; l'anergia tubercolinica che si rileva in tale malattia ne fornisce la dimostrazione biologica. Da ciò la necessità di evitare al melitococcico ogni causa di reinfezione tubercolare.

fil.

Il trattamento della peste.

E. Ruberti Fiera (*Annali d'Igiene*, febbraio 1926) riferisce sui casi di peste osservati nell'epidemia di Mogadiscio (Somalia italiana) durante il 1924.

La città di Mogadiscio è esposta al pericolo della peste che è endemica lungo il medio Uebi Scebeli ed è anche importata dai porti dell'Arabia, dello Zanzibar, ecc.

Durante l'epidemia osservata l'A. ha avuto occasione di sperimentare l'efficacia terapeutica del siero antipestoso ed ha trovato che l'azione di questo è però incostante, in quanto che talora si vede una manifesta influenza sull'infezione, mentre altre volte questa non risulta. È di grande importanza la somministrazione endovenosa e l'uso di un siero fresco. Si deve però stare attenti che spesso possono aversi delle crisi anafilattiche.

Siccome poi l'infezione pestosa manifesta la sua azione tossica specialmente sul cuore, è importante prevenire il collasso di questo, sicchè l'A. considera come condizione essenziale per la riuscita della terapia col siero, l'iniezione preventiva di canfora (20 cg.), da ripetersi dopo 4-5 ore e da continuarsi per 5-6 giorni con dosi giornaliere di 40 cg. Passato il periodo acuto dell'infezione, possono usarsi anche con successo le iniezioni di caffeina, strofanto, ecc.

Per quanto riguarda i bubboni, essi vanno aperti non appena si manifestino dei segni di rammollimento, ma non prima per non turbare le funzioni di difesa dell'organismo.

fil.

Lo jodio nella malaria.

I medici russi consigliano, contemporaneamente al chinino, la somministrazione di 5-10 gocce di tintura di jodio mattina e sera, oppure 25-30 gocce, sempre mattina e sera, della seguente soluzione: jodio met. g. 2; joduro di potassio g. 5; acqua distillata cmc. 100.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'etiologia dell'osteomielite da virus filtrabile ricavabile dalle culture di stafilococchi.

V. Jura (*Archivio Italiano di Chirurgia*, vol. XV, fasc. 2°, 1926) prende anzitutto in esame tutti i lavori che si sono occupati dell'argomento e quindi riferisce la letteratura relativa ai diversi agenti etiologici dell'infezione (stafilococchi, streptococchi, diplococco di Fränkel, B. Eberth, ecc.).

Da questa disamina risulta che l'opinione più concorde degli esperimentatori fa ritenere causa dell'infezione per lo più gli stafilococchi, e secondo alcuni anche gli streptococchi.

Nella seconda parte del lavoro prende anzitutto in esame i referti stafilococcici di 34 casi di osteomielite in atto, su 45 studiati, isolando i germi in colture aerobiche in brodo ed anaerobiche alla Tarozzi. Inocula nelle vene questi germi in conigli giovani, scegliendo tre stipiti di stafilococco aureo ed uno di albo.

Assodata la possibilità di ottenere lesioni osteomielitiche con gli stessi, si dà alla ricerca di proprietà litiche nelle colture degli stafilococchi isolati da processi osteomielitici. A tale scopo si serve di filtrati di brodoculture attraverso le Berkefeld W ed N e riscontra con adatta tecnica costantemente azione litica nei filtrati di ciascun ceppo batterico ora omologo, ora eterologo.

I filtrati di stafilococco aureo od albo furono inoculati per via endovenosa a giovani conigli. I filtrati semplici od ottenuti dalle colture plasmolizzate dimostrarono la presenza di un virus dotato di azione litica sugli stafilococchi e capaci di determinare nei conigli evidenti lesioni osteomielitiche, ottenute anche con virus trasmissibile in serie da animale ad animale, inoculando emulsione di midollo infetto. Ogni esperimento è minutamente descritto nella tecnica e seguito dai reperti necroscopici e istologici delle ossa, corredati spesso da microfotografie, o da fotografie di ossa sezionate, nelle quali sono messe in evidenza le lesioni ottenute.

L'A. conclude che l'azione osteomielitica dei filtrati è indubbia, siano essi ottenuti dalla semplice filtrazione delle colture stafilococciche in brodo, sia da quelle in antecedenza plasmolizzate; che nelle lesioni provocate negli animali con filtrati delle colture stafilococciche non si trova alcun germe; che si tratta di lesioni trasmissibili in serie.

Perciò egli ritiene che le lesioni osteomielitiche ottenute negli animali siano provocate da un virus invisibile e filtrabile, dotato di proprietà stafilolitiche, al quale virus è presumibile sia legata la etiologia dell'osteomielite acuta.

A.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Malaria subterzana. — Al dott. B. S., da P. A.:

Il nome di « subterzana » è sinonimo di terzana estivo-autunnale, terzana maligna o tropica, prodotta dal *Plasmodium falciparum.*

Esso deriva dall'andamento termico, il quale era stato già bene individuato da Celso e poi fu precisato e definito da Marchiafava e Celli.

L'andamento termico distingue, difatti, nettamente la subterzana dalla terzana primaverile o benigna, detta anche semplicemente terzana, prodotta dal *P. vivax.*

Quest'ultima determina accessi febbrili ogni 3° giorno, lasciando una giornata interamente libera da febbre, in quanto gli accessi durano meno di 24 ore. Invece nella subterzana gli accessi febbrili si protraggono molto, di regola oltre le 24 ore, e quindi coprono anche una parte del giorno con apiressia; in altri termini, tra gli accessi non si frappone una giornata interamente apiretica, e la febbre tende ad essere subcontinua. D'altra parte, i disturbi generali non desistono nella apiressia, in specie la cefalea. Per questi motivi i pazienti, interrogati, non sanno precisare il tipo terzanario. Manca il vero tipo terzianario, pure approssimandovisi.

Il nome di estivo-autunnale non è, oggi, molto usato nella letteratura medica internazionale, perchè nei paesi caldi la malattia si presenta tutto l'anno. La designazione di tropica, introdotta dai tedeschi, è pur essa poco idonea, perchè la malattia si presenta con frequenza fuori dei tropici, come in Italia. Anche il nome di terzana maligna risulta poco soddisfacente, perchè si hanno forme miti della malattia. S'impiega sempre più, invece, il termine di subterzana, tratto dal puro nosografismo; esso viene contrapposto a terzana.

Naturalmente queste due designazioni rispondono bene solo nei casi tipici, con unica generazione parassitaria, a ritmo di 48 ore; altrimenti si hanno ritmi accelerati o ritardati, febbri quotidiane, febbri irregolari, a volte anche irregolarissime; ma si riesce sempre a discriminarle e individuarle mediante l'esame microscopico del sangue, cioè dalla natura dei parassiti.

Una designazione rigorosa sarebbe dunque tratta dal nome del parassita; ma anche su questo nome non v'è accordo. Difatti il parassita della subterzana reca vari nomi: *Plasmodium praecox, Plasmodium falciparum, Laverania malariae,* ecc.

Il nome generico di *Laverania* deve scartarsi, senz'altro, perchè i protozoologi riconoscono che il parassita della subterzana è cogenere delle altre due specie di parassiti della malaria umana, e a tutti spetta il nome generico di *Plasmodium,* stabilito da Marchiafava e Celli nel 1885.

Il nome più corrente in Italia per il parassita della subterzana è *Plasmodium praecox;* ma dovrebbe essere abbandonato, perchè, in conformità alle norme della nomenclatura zoologica, esso spetta invece ad un parassita degli uccelli, detto anche *Plasmodium relictum*, *Proteosoma praecox*, *Proteosoma labbei*, ecc. Si riconosce difatti che questo parassita è cogenere di *Plasmodium;* quanto al nome specifico, Grassi e Feletti proposero *praecox* nel 1890 e *relictum* nel 1891: il primo deve prevalere per ragioni di precedenza; ne viene che la designazione di *Plasmodium praecox* va conferita al parassita degli uccelli. Gli autori americani, i quali sono formalisti, ormai la impiegano (così L. G. Taliaferro, G. H. Boyd, ecc.); invece i fratelli Sergent, che hanno fatto molto progredire le nostre conoscenze su questo parassita, preferiscono la designazione di *Plasmodium relictum*, meno esatta, ma che evita ogni equivoco possibile col parassita umano della subterzana.

La sola designazione specifica ineccepibile per questo parassita è oggi quella di *falciparum*, introdotta dal patologo americano Welch nel 1897; deve dunque parlarsi di *Plasmodium falciparum*. Tuttavia, come abbiamo detto, si parla correntemente anche di *P. praecox* (chi scrive questa nota suole impiegare questo termine).

Aggiungiamo che si discute da tempo sull'esistenza di due varietà: *mitis* e *immitis*.

Il termine di « plasmodio » da Lei applicato agli agenti della malaria, è inesatto, sebbene essi rechino il nome scientifico di *Plasmodium*. Allo stesso modo può accadere che una persona porti il nome familiare di Bruno e non sia bruno, ma biondo. Quel nome venne dato inavvertitamente da Marchiafava e Celli ed è rimasto, grazie alle norme della nomenclatura scientifica, per quanto i parassiti malarici non siano affatto dei plasmodi, in nessuno stadio della loro esistenza.

Non hanno da far nulla neppure con le amebe, per quanto presentino movimenti ameboidi. È esatto designarli come ematozoi (od ematozoari), ma in tal caso è necessario aggiungere il qualificativo di « malarici », perchè esistono altri ematozoi, come le filarie sanguicole. Essi appartengono alla classe degli sporozoi (o sporozoari), ordine degli emosporidi. L. VERNEY.

Per la libera docenza in patologia chirurgica. — Al dott. F. Anglesio:

Il Ministro della Pubblica Istruzione ogni anno nel Bollettino Ufficiale dà notizie del termine entro il quale gli aspiranti alla libera docenza debbono far pervenire al Ministero le domande.

Queste, redatte su carta bollata da L. 3, debbono essere indirizzate al Ministero della P. I. e contenere l'indicazione della materia per la quale si chiede l'abilitazione, che può essere concessa per qualsiasi disciplina, anche se non vi corrisponde un insegnamento ufficiale nell'ordinamento didattico delle Università e degli Istituti superiori.

La domanda deve essere corredata di: *a*) atto di nascita; *b*) certificato comprovante ch'egli è cittadino italiano o italiano non regnicolo; *c*) certificato generale rilasciato dall'Ufficio del casellario giudiziario; *d*) certificati di buona condotta rilasciati dai Sindaci dei Comuni nei quali egli ha avuto la sua residenza durante l'ultimo triennio; *e*) titoli di qualsiasi genere che il candidato intende sottoporre al giudizio della Commissione.

I documenti di cui alle lettere *a*), *b*), *c*), *d*) debbono essere legalizzati; quelli di cui alle lettere *b*), *c*), *d*) debbono inoltre essere di data non anteriore di 3 mesi a quelli della domanda. I titoli scientifici debbono essere pubblicati per le stampe e di ognuno occorrono 5 copie.

Per l'anno scolastico in corso il termine entro il quale gli aspiranti alla libera docenza in Patologia speciale chirurgica, come in tutte le altre materie, potevano far pervenire al Ministero le domande è scaduto il 31 maggio. J.

La digitale in gravidanza. — Al dott. G. G., abbonato n. 2690:

Nessuna controindicazione all'uso della digitale nel corso della gravidanza: le necessità anzi in genere di una cura più accurata e attenta per evitare l'insorgere di fatti di scompenso ai quali predispongono la gravidanza e il parto.

p. g.

Al dott. A. B. da V.:

Un ampio studio statistico sulla tubercolosi è quello di L. TELEKY in: *Handbuch der gesamten Tuberkulose-Therapie*, edito da Urban e Schwarzenberg, Berlino. La Direzione Generale di Statistica italiana ha pubblicato qualche anno fa uno studio statistico sulla tubercolosi.

Per la terapia, oltre al trattato sopra citato, veda G. BRECCIA: *La terapia della tubercolosi polmonare*. Unione tip-ed. Torinese. *fil.*

Al dott. A. S., abb. n. 12581:

Sui rapporti fra dentatura e malattie dell'infanzia, veda l'ampia monografia di G. TUGENDREICH e J. MISCH in *Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde*, edito da Vogel, Lipsia.

L'igiene odontoiatrica scolastica non si differenzia da quella comune e, salvo quanto può essere dominio dello specialista, si compendia in acqua, sapone e spazzolino.

Un opuscoletto di propaganda consigliabile è quello di A. PIPERNO: *Cura i tuoi denti*, estratto dal volume *Salute* dello stesso autore ed edito a cura dell'Istituto italiano di igiene, previdenza, assistenza sociale, via Marco Minghetti, Roma.

fil.

VARIA.

Sul problema del ringiovanimento.

Luigi Castaldi (*Rivista di Clinica Medica*, anno XXVI, n. 24), dopo aver fatto la critica ai varı metodi di trapianti testicolari ed ovarici fin qui esperimentati, da quello dello Steinach a quello del Voronoff, ed aver accennato alla questione ancora dibattuta, se sia il tessuto seminifero del testicolo quello ad attività endocrina o non piuttosto l'interstiziale, investe in pieno il problema del ringiovanimento dal punto di vista teorico-scientifico.

La questione va impostata sulla base di alcuni concetti, oramai di verità indiscussa, che già il Bizzozzero aveva enunciati e che cioè di ogni organismo i tessuti più differenziati non possono rigenerarsi se distrutti o alterati per consumo o altro. È classico a questo proposito distinguere gli elementi cellulari in tre categorie: i perenni, gli stabili e i labili. I primi, rappresentati sopra tutto dalle cellule del tessuto nervoso, sono gli organismi più altamente differenziati e come tali non hanno la possibilità di rigenerarsi. Gli stabili possono solo rigenerare in condizioni speciali, e questa proprietà va spiegata nel senso che, anche nell'individuo adulto, fra essi permangono cellule a carattere embrionale, capaci quindi di differenziarsi ulteriormente; i labili poi possono sempre rigenerarsi, anzi, essendo poco differenziati e conservando la struttura embrionale, si rigenerano continuamente. Teoricamente dunque, se alcuni tessuti od organi, i meno evoluti, già vecchi o stanchi, potrebbero rigenerarsi in condizioni particolari, altri, il sistema nervoso, non possono assolutamente presentare questa proprietà nemmeno in condizioni specialissime. In pratica poi gli organismi o le singole loro parti non possono continuare a vivere potenzialmente immortali.

La vecchiezza del tessuto o dei suoi costituenti è intimamente legata al processo di differenziazione, di evoluzione, di perfezionamento, che ogni singolo elemento fin dalla nascita è costretto a subire. Esso perde a poco a poco e in misura progressiva il suo potere funzionante, tanto più esso si avvicina alla sua differenziazione completa. E questo sopratutto per quei tessuti, i perenni, che già fin dalla nascita si trovano in una fase di avanzata differenziazione e quindi sono soggetti per primi a invecchiare e a morire.

Nè del resto si può ammettere che il tessuto differenziato possa ritornare alla sua condizione primitiva e riassumere le caratteristiche embrionali.

Concludendo dunque, non si può in nessun modo ammettere il ringiovanimento inteso sia nel senso di una rigenerazione del tessuto perduto, sia di una reversibilità del fenomeno di crescenza e di vecchiezza; si potrà ammettere solo, che con i mezzi opoterapici, mono- o pluriendocrinici, anche se per trapianti, si potrà influire sui tessuti meno differenziati, unicamente provocando un miglioramento funzionale di essi e temporaneo, riattivando le loro condizioni nutritive, circolatorie, endocrine. Ma i tessuti perenni non potranno in nessun modo essere ostacolati nel loro corso fatale verso la morte. M. CAJA.

I medici nella vita pubblica sud-americana.

Articoli redattoriali del *Journal A. M. A.* (13 febbraio e 8 maggio 1926) rilevano con quale proporzione notevole i medici partecipino alla vita pubblica.

Il *record* sembra tenuto dall'Uruguay, nazione piccola ma attiva e progredita; essa conta un milione e mezzo di abitanti, con 125 deputati e circa 90 senatori; dei quali i medici rappresentano, rispettivamente, un quinto (alle ultime elezioni risultarono esattamente 25 medici) ed un poco meno di un quarto: non può ammettersi che questa invasione di medici nella politica debba attribuirsi ad ambizione, poichè molti degli ultimi eletti hanno espresso l'intenzione decisa di rifiutare la carica.

In tutta l'America latina i medici hanno spesso assunto compiti politici preminenti; il migliore esempio è forse dato da Unanua, lo statista peruviano, la cui statua venne eretta recentemente a Washington; sono anche da ricordare de Toledo Piza, che ebbe molta parte nel sostituire al Brasile l'impero con la repubblica; Damianowich e Sandoval, che assunsero parti eminenti nelle prime guerre d'indipendenza argentine; ecc.

Molti medici occupano attualmente cariche politiche importanti nei governi, come pure nei ranghi diplomatici e consolari. Valga di esempio l'Equador, ove sono ministri due medici: Isidro Ayora, clinico ostetrico dell'Università di Quito, e A. Hidalgo Nevaras, fisiologo dell'Università di Guayaquil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

FINIZIO GAETANO. *Istituto di aiuto materno e di assistenza ai lattanti di Bologna (Relazione Sanitaria dell'anno* 1923 *dell'*). — Bologna, Coop. Tip. Azzoguidi, 1924.

GALLI GIOVANNI. *Paralisi motorie centrali e afasie motorie di brevissima durata; genesi e trattamento.* — Milano, Ospedale Maggiore, 1924.

ID. *Il cuore. Profilassi sociale.* — Torino, Tip. Sociale Torin., 1924.

ID. *Beitrag zur Kenntnis der Uerzsynchronischen Muskelzuckungen.* — München, Münch. Mediz. Woch., 1924.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

L'ammissione dei non indigenti nei pubblici ospedali.

Fra i numerosi problemi che il dopoguerra ha fatto sorgere, l'utilizzazione degli ospedali ha preso per il corpo medico una notevole importanza. Teoricamente queste istituzioni sono sorte per i poveri, con doni e lasciti destinati ad essi. Da qualche anno però, e specialmente nei paesi dove vige l'assicurazione contro la malattia, essi vengono ad aprirsi anche ad altre categorie di cittadini, ciò che finisce con l'avere delle ripercussioni, particolarmente per quello che riguarda l'insegnamento universitario ed i rapporti fra la mutualità e l'assistenza pubblica con il corpo medico.

Un fatto è innegabile, osserva a tale proposito H. Koettlitz (*Le Scalpel*, 27 febbraio 1926) ed è la diminuzione, osservata in tutti i paesi, nel numero dei poveri, che si rileva nelle campagne come nelle grandi città dove si vede man mano diminuire l'affluenza alle consultazioni degli ospedali e l'aumento evidente del benessere degli individui che vi si presentano. Entrano poi in scena le Società di assicurazioni che fanno ammettere i loro soci alle consultazioni gratuite e nelle sale comuni. In avvenire però, per quanto risulta dai propositi dei dirigenti di tali Società, sembra che si dovranno riservare ai loro soci delle sale specializzate. L'ospedale verrebbe allora a comprendere le due sezioni dei poveri e dei paganti... mutualisti, entrambe sostenute dalla collettività, poichè è evidente che le contribuzioni dei mutualisti sono ben lungi dal bastare al mantenimento di un ospedale.

Per gli ospedali non universitarii sono possibili due soluzioni: la soppressione o la fusione con i comuni vicini senza ospedale, oppure la trasformazione di una parte dell'ospedale stesso in istituto a pagamento, che dà le sue cure a prezzo corrente. Una terza soluzione è possibile, cioè la cessione di una parte dell'ospedale ai mutualisti che ne potrebbero disporre a volontà. Il difetto di quest'ultima consisterebbe nel rendere impossibile la seconda la quale sarebbe forse la più desiderabile, poichè si avrebbe con essa un istituto aperto a tutti i malati e quindi anche a quelli provvisti di pochi mezzi; un istituto quindi intermedio fra le cliniche private, inaccessibili alle piccole borse e l'ospedale comune riservato ai poveri. Invece, con l'ospedale dedicato alle mutualità, e meglio a quelle fra esse infeudate ad un potente partito politico, si verrebbe a forzare la piccola borghesia, gli impiegati, i piccoli commercianti ad inscriversi alle associazioni e si potrebbero avere di conseguenza delle ripercussioni politiche.

L'introduzione negli ospedali di malati che pagano non solo le spese ospedaliere, ma anche la prestazione medica, fa sorgere il problema della libera scelta del medico che è già stato risolto in senso favorevole ad essa per le società di assicurazioni e che, secondo l'A., dovrebbe essere applicato anche negli ospedali, sia per le prestazioni mediche come per quelle chirurgiche.

Per quanto riguarda le consultazioni ambulatorie, l'A. osserva che queste tendono ora a scomparire dagli ospedali ed a riprendere la forma di policliniche libere, eventualmente affidate ad un gruppo di medici dell'ospedale, con i quali i Comitati potrebbero intendersi per le tariffe.

Rimane poi la questione ben più complessa degli ospedali universitarii. È evidente che se il numero dei malati diminuisce, ne soffre l'insegnamento e si sono vedute delle città con Università, concludere accordi con le città vicine per provvedere alla formazione chirurgica dei propri allievi. Per molti studenti l'istruzione al letto del malato rimane limitata alle lezioni cliniche, od a pochi malati ospedalieri, mentre manca ad essi la formazione professionale sui malati ambulatorii (casi iniziali e casi cronici) che è tanto importante.

Pur di avere del materiale per l'istruzione degli allievi, gli ospedali universitari accettano quindi tutti i malati delle società di assicurazioni a rette irrisorie che non compensano nemmeno le spese materiali e sottraggono così un gran numero di malati ai medici privati che vengono in tal modo lesi nei loro interessi. Tutto questo influisce evidentemente sui rapporti collegiali e rompe la coesione del corpo medico, a vantaggio delle società di assicurazioni che dalla divergenza di interessi traggono profitto.

Le proposte dell'A. per risolvere la questione sono le seguenti: 1) istituzione di consultazioni ambulatorie a pagamento per i non poveri; 2) divisione dell'ospedale in due sezioni dei poveri e di quelli che pagano, ammettendo che questi possano farsi curare dal proprio medico (libera scelta), col sistema che del resto si osserva anche in talune cliniche private; 3) diritto da parte degli allievi di assistere alle visite del pratico e da parte degli insegnanti di usufruire per l'insegnamento dei casi interessanti anche se curati dai medici pratici non addetti all'ospedale.

I malati paganti, corrisponderebbero la retta ospedaliera ed, a parte, pagherebbero il medico, come se fossero a domicilio.

Per i medici dell'ospedale e da questo retribuiti, gli associati dovrebbero pagare secondo la tariffa minima stabilita fra le Unioni professionali mediche e le Società di assicurazioni ed analogamente per gli interventi chirurgici. Gli onorari così percepiti andrebbero divisi fra l'ospedale, i medici addetti e la cassa di mutuo soccorso della federazione medica.

Questo sistema, secondo l'A., potrebbe al suo inizio incontrare delle ostilità, ma con un po' di buona volontà dovrebbe portare dei buoni effetti.

fil.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BASSANO VENETO (*Vicenza*). — Scad. 31 lug.; primario med.; L. 8000 e 6 trienni ventes.; letti 200. Chiedere annunzio.

BELLUNO. *Ospedale Civile*. — Direttore Gabinetti per esami microsc., batteriol., chim. clinica e istol. patolog.; L. 8000 e 4 aum. decimo, oltre L. 1000 c.-v. e percentuale incassi. Scad. ore 17 del 31 ag. Età lim. 35 a. Tassa L. 50.05.

BORMIDA (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 1200.

CARPI. *Congregaz. di Carità*. — Med. chir. radiologo presso l'Ospedale B. Ramazzini; scad. 31 lug.; vedi fasc. 28.

CASTIGLIONE DEL GENOVESE (*Salerno*). — Scad. 20 ag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni; L. 3 capitarie oltre il 20 % popolaz.

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Concorso per titoli e per esami a tre posti di medico assistente pel biennio 1926. Scad. 31 ag. Stip. L. 1800 annue e percentuale sui compensi operativi.

LAMA MOGOGNO (*Modena*). — 2ª cond.. Scad. 60 gg. dal 1° giu. Vedi fasc. 27.

MIGNANEGO (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; indenn. trasp.; per uff. san. L. 500.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — È aperto il concorso per titoli ed esami ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno; L. 5600, oltre c.-v. di Stato; orario 8-12 e 15-18 e guardie diurne e notturne con indennità di L. 8 per ogni notte. Docum. all'Ufficio di Protocollo del Consiglio (via Ospedale 5) non più tardi delle ore 16 del 9 ott. Tassa L. 50 al cassiere. Età mass. 35 a. Docum. a un mese dal 9 lug. Pubblicazioni a stampa. Chiedere annunzio.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per Avigliano Umbro; proroga alle 19 del 31 ag. È abolita la tassa di concorso. Stip. L. 8000 e 6 sessenni dec., oltre L. 600 serv. att., L. 120 (*sic*) ambulat., lire 5400 celere mezzo trasp. Età lim. 35 aé al 26 mar.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Al 19 ag. vedi fasc. 28.

OLIVETTA S. MICHELE (*Imperia*). — Al 31 lug.; vedi fasc. 29.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Med. prim. dei riparti per tubercolosi. Scad. 10 ag. Assistente effett. di chirurgia; scad. 31 lug. Vedi fasc. 27.

PARMA. *Ospizi Civili*. — 4 assistenti nell'Osped. Maggiore: due per le divisioni med., due per le chir. Titoli ed esame (illustraz. di un caso clinico). L. 4500 oltre c.-v. di L. 1800, L. 20 ogni guardia, quota parte tasse. Docum. all'Amministraz. entro ore 16 del 16 ag. Età mass. 35 a. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

PIACENZA. *R. Prefettura*. — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000, 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; vedi fasc. 29.

PODENZANA (*Massa-Carrara*). — Scad. 31 luglio. Vedi fasc. 27.

ROMA. *Ministero della Marina (Direzione Centrale di Sanità M. M.)*. — 16 tenenti medici in serv. a. p. nel Corpo Sanitario Militare Marittimo. Scad. 2 ag. ore 10. Vedi fasc. 19.

ROMA. *Ministero della P. I.* — Con decreto ministeriale in data 23 giugno 1926, pubblicato nella « Gazz. Uff. » del 23 giugno, n. 144, sono stati aperti i concorsi per professore non stabile alle cattedre universitarie seguenti: Anatomia patologica, a Sassari; Clinica delle Malattie mentali e nervose, a Sassari; Clinica medica, a Modena; Clinica oculistica, a Sassari; Fisica sperimentale, a Bari; Fisiologia, a Cagliari; Medicina legale, a Messina; Patologia generale, a Sassari; Radiologia e Terapia fisica, a Pavia.

SAN PIER D'ARENA (*Genova*). — Primario med.; Scad. 31 lug.; vedi fasc. 28.

SENOSECCHIA (*Venezia Giulia*). — A tutto 31 ag.; vedi fasc. 29.

SERRA S. QUIRICO (*Ancona*). — Scad. 30 lug.; 2ª cond.; vedi fasc. 28.

SESSA AURUNCA (*Caserta*). — Per Carano e tre borgate; vedi fasc. 28. Scad. 30 gg. dal 25 giugno.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Sortino. Scad. 45 gg. dal 2 luglio. Vedi fasc. 29.

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile ed Istituto Esposti con Maternità*. — A tutto 10 ag. Direttore medico anatomico; vedi fasc. 29.

VERONA. *Scuola di Ostetricia*. — Direttore. Scad. 31 ag. Rivolgersi al Ministero della P. I.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). Al 15 ag.; v. fasc. 29.

CONCORSI A PREMI.

Premio Cesare Lombroso.

Ripigliando una tradizione interrotta dalla guerra l'Amministrazione dell'« Archivio di Antropologia Criminale e Medicina Legale » apre un concorso per un lavoro su argomenti di antropologia criminale esclusivamente tra tutti i suoi abbonati pel 1926. Il premio è di L. 1000. Ma ove il numero e l'importanza dei lavori presentati lo richiedano, l'Amministrazione è disposta ad aggiungere un secondo premio di L. 500.

Il concorso si chiuderà il 31 dicembre 1926. Si potrà trattare qualsiasi argomento di antropologia criminale e in qualsiasi forma: studi anatomici, fisiologici o psicologici, narrazione commentata di

casi criminali, biografie di criminali, elaborazione di dati statistici e simili.

Per questo primo concorso, data anche la brevità del tempo, i lavori potranno non superare 3-4 fogli di stampa formato « Archivio ». Il lavoro o i lavori premiati saranno pubblicati nell'« Archivio » e resteranno di proprietà della Casa Bocca. I manoscritti saranno indirizzati alla Direzione dell'« Archivio » e, ove non siano firmati, verranno contraddistinti da un motto riportato su una busta chiusa in cui sarà incluso il nome dell'autore.

POSTI DI PERFEZIONAMENTO.

Fondazioni Mangiagalli e Siccardi.

Presso la R. Università di Milano sono messi a concorso sei posti di perfezionamento della Fondazione Mangiagalli a favore di giovani medici laureati da non più di tre anni.

I vincitori del concorso avranno funzioni di medici praticanti e dovranno prestare l'opera loro per un anno scolastico presso quella Clinica o quella Scuola speciale o di perfezionamento della R. Università di Milano che avranno prescelto all'inizio dell'anno scolastico e godranno ciascuno di un premio d'incoraggiamento di L. 1500 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili.

Sono pure messi a concorso tre posti di perfezionamento della Fondazione Siccardi a favore di giovani medici laureati dopo il 1° luglio 1925.

I vincitori del concorso, che avranno funzioni di medico praticante, dovranno prestare l'opera loro nella Clinica delle malattie professionali, per la durata di un anno scolastico.

Essi godranno di un premio di L. 1800 che potrà essere corrisposto anche in rate mensili. Alla fine dell'anno i vincitori del concorso potranno ottenere anche il premio speciale di profitto consistente in un diploma e una medaglia d'oro.

Le domande dei concorrenti, scritte su carta bollata da due lire, dovranno pervenire alla Segreteria della Università (viale San Michele del Carso 25) non oltre il 15 agosto, accompagnate dal certificato di conseguita laurea coi punti di merito riportati nella carriera scolastica e da altri eventuali titoli e documenti. Nella domanda per la fondazione Mangiagalli deve essere indicato l'Istituto o gli Istituti, per i quali il candidato intende concorrere. I concorsi verranno giudicati entro il 31 ottobre.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

NELLE UNIVERSITÀ.

Sono nominati, in esito a concorso, professori non stabili: Chiò Mario di farmacologia a Bari; Izar Guido di patologia medica a Messina; Mibelli Agostino di clinica dermosifilopatica a Sassari; Preti Luigi di patologia medica a Sassari.

Il prof. Jader Cappelli, di clinica dermosifilopatica, è trasferito da Torino a Messina.

Il dott. Giorgio Bloch è abilitato alla libera docenza in urologia.

Sono annullati gli atti dei concorsi per le cattedre di anatomia patologica a Perugia, clinica chirurgica a Modena, clinica oculistica a Sassari.

È revocata la nomina del prof. Fontana Arturo alla cattedra di clinica dermosifilopatica di Messina.

NEL CORPO SANITARIO MILITARE.

Santucci Stefano, Gualdi Carlo e Riva Umberto assumono il grado di maggiore generale medico. Il colonnello Coda cav. Carlo è nominato direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Palermo.

Palmieri cav. Raffaele, tenente colonnello, è promosso colonnello e nominato direttore dell'Ospedale Militare di Palermo. Trovanelli colonnello medico è nominato direttore di Sanità del Corpo d'Armata di Milano.

Bugliari Giuseppe, capitano medico, è destinato all'Ospedale secondario Messina.

Paolillo Stanislao, tenente medico, è promosso capitano medico.

I seguenti tenenti medici sono collocati a disposizione del Ministro delle Colonie: Valenzano Giuseppe, Scaffè Amedeo, Colombrita Filippo, Matarazzo Serafino.

Il prof. sen. Luigi Simonetta è, con R. Decreto, nominato commissario della R. Università di Bari.

Il dott. Giovanni Carbone è nominato direttore del Brefotrofio provinciale di Avellino.

NOTIZIE DIVERSE.

XV Congresso Stomatologico Italiano.

Avrà luogo a Perugia, nel settembre p. v., promosso dalla Federazione Stomatologica Italiana. Potranno prendervi parte: i soci della F. S. I.; i medici e gli odontoiatri italiani che, avendo presentato domanda alla presidenza della F. S. I., sono stati accettati; i cultori delle scienze sanitarie ed affini di ogni paese che abbiano avuto speciale invito dalla F. S. I.

Le comunicazioni dovranno essere annunciate alla presidenza della F. S. I., via D'Azeglio, 34, Bologna, entro il 1° agosto p. v. La quota d'iscrizione è di L. 30 per tutti i congressisti non invitati; per le persone di famiglia è fissata una quota suppletiva di L. 15 per persona. Dette quote debbono essere inviate all'Amministrazione della F. S. I., piazza S. Bernardo, 108-A, Roma (5).

VII Congresso Nazionale di medicina del lavoro.

Il Consiglio Direttivo della Scuola Municipale d'Igiene Sociale, in funzione di comitato ordinatore del Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro, da tenersi a Genova dal 12 al 15 ottobre p. v., si è occupato della opportunità di rinviare il Congresso stesso.

Esaminata l'organizzazione del Congresso, pure constatando che si è regolarmente svolta secondo le direttive prestabilite, il Comitato ha ritenuto opportuno di darle un indirizzo più pratico e più

utile con l'offrire ai congressisti dimostrazioni del lavoro quale si svolge negli stabilimenti della Grande Genova specialmente quando formi oggetto di speciali temi o di comunicazioni.

E, considerato che si sta preparando a Genova una esposizione marinara pel 1927-28, ha ritenuto di cogliere la favorevole occasione per aggregarvi una sezione igienico-pratica del lavoro in relazione al Congresso, e di rinviarlo quindi a quell'epoca.

VI Congresso francese sulla tubercolosi.

Si adunerà quest'anno a Lione e discuterà i temi: « Base sperimentale delle reazioni allergiche della infezione tubercolare », relat. Courmont; « I fattori del terreno e dell'allergia nella infezione tubercolare », rel. Em. Sergent; « La toracoplastica nel trattamento della tubercolosi polmonare », relatori Bernard e Dumarest; « Tubercolosi aperta ».

La Società Tedesca di Chirurgia.

Ha celebrato con successo il 50° anniversario della sua fondazione. La cerimonia fu presieduta da Körte. Furono tenute conferenze da Eiselsberg di Vienna, Fodor Krause di Berlino, E. Rehn di Düsseldorf, Haberer di Graz, Kirschner di Königsberg e fatte molte comunicazioni individuali. La Società Svizzera di Chirurgia mandò in omaggio una statua in bronzo di Haller. La Società Svedese di Chirurgia mandò un'opera in latino. La « Deutsche Mediz. Wochenschrift » e il « Zentralblatt für Chirurgie » hanno consacrato all'avvenimento numeri speciali.

Società Mediche Americane.

Si sono tenuti di recente i seguenti congressi annui:

Associazione Laringologica Americana, 3-5 giugno; eletto presidente C. Q. Jackson; segretario George M. Coats (1271 Pine Street, Philadelphia).

Società Otologica Americana; presidente A. B. Duel; segretario-tesoriere David Harold Walker (390 Commonwealth Avenue, Boston).

Associazione Urologica Americana; 17-19 maggio; presidente R. O' Neil; segretario Homer G. Hamer (Indianapolis).

Associazione Neurologica Americana, 1-3 giugno; presidente B. Bassoe; segretario Henry Alsop Riley (870 Madison Avenue, New York).

Società Pediatrica Americana; presidente J. A. Abt; segretario Howard C. Carpenter (1803 Spruce Street, Philadelphia).

Società Americana di Laringologia, Rinologia e Otologia, 31 mag.-2 giugno; segretario Robert L. Longhran (145 West Fifty Eighth Street, New York).

L'istituto internazionale del freddo.

Ha avuto luogo in questi giorni a Parigi, presso il Ministero francese del Commercio, la quinta sessione dell'Istituto Internazionale del Freddo. La sessione è stata preceduta da una riunione delle presidenze delle Associazioni nazionali aderenti all'Istituto. Per l'Italia hanno partecipato alla riunione l'on. Negrini presidente dell'Associazione italiana del Freddo e presidente del Comitato organizzatore del quinto Congresso internazionale che si terrà a Roma nel settembre 1927, il comm. Ferretti, segretario generale, e altri.

Il programma del Congresso di Roma presentato dal Comitato ai delegati delle Nazioni rappresentate è stato approvato senza discussione. Lo stesso programma è stato poi approvato dall'assemblea dei rappresentanti nazionali.

Corso di perfezionamento in neuro-psichiatria.

Dal 12 giugno al 12 luglio si è tenuto, presso la Clinica Neuropsichiatrica di Parigi, diretta dal prof. Henri Claude, un corso di perfezionamento sulle malattie mentali e sulle affezioni cerebrali. Vennero impartite spiegazioni complementari in inglese e spagnolo.

Corso di perfezionamento in balneologia.

Avrà luogo a Carlsbad dal 12 al 18 settembre. Le conferenze saranno tenute da clinici e scienziati dei seguenti Paesi: Austria, Bulgaria, Czecoslovacchia, Danimarca, Germania, Inghilterra, Italia, Norvegia, Svezia, Svizzera e Turchia. Ai medici che interverranno sarà rimesso un passaporto vistato senza spesa e le ferrovie della Czecoslovacchia concederanno una riduzione del 33 % sulle tariffe normali. Programmi e informazioni possono ottenersi rivolgendosi al dott. Edgar Ganz, segretario dei Corsi Medici di Perfezionamento, Carlsbad (Czecoslovacchia).

Per un elenco dei periodici medici italiani.

Riceviamo:

Sig. Direttore,

Ho affermato ripetutamente che la stampa medica italiana ha « grandissime benemerenze » e che essa rappresenta degnamente l'altezza intellettuale e morale della classe medica italiana.

Mi riferivo, evidentemente, alla « Stampa medica » in senso lato; cioè tanto a quella che si occupa di medicina interna, o che tratta interessi professionali, come ai numerosi periodici delle singole discipline, particolarmente avendo già ricordati quelli di chirurgia, ostetricia, ginecologia, pediatria, neuropatologia, dermosifiloiatria, otorinolaringoiatria, e avendo già predisposto quanto riguarda tutti gli altri.

E' da questo poderoso lavoro, costante e multiforme, esplicantesi in periodici numerosi e di carattere diverso, che deriva l'importantissimo complesso della stampa medica italiana, della quale sta per costituirsi la Associazione, vivamente da tutti auspicata, con sede in Roma, e per la quale sta lavorando una Commissione, che gode la piena fiducia di tutti.

Come già notato in precedente mia circolare (pubblicata in n. 1, 1926, di mia *Rivista di Terapia Moderna e di Medicina Pratica*) mi sono

semplicemente proposto di redigere un elenco, possibilmente completo, della stampa medica italiana (scientifica, professionale, polispecialistica) corredato di notizie succinte; tale « elenco-rassegna », già in gran parte attuato e pubblicato, comprenderà i periodici di « tutte le singole specialità ». Inoltre, già notai che non sarebbe nè giusto nè opportuno escludere quei periodici, i quali hanno diretto rapporto con le industrie sanitarie italiane; poichè dicevo, e tuttora affermo, « non è da condannarsi il connubio, seriamente realizzato, fra scienza e industria ».

Quanto ai periodici, pubblicati in Italia, i quali notoriamente sono in dipendenza, diretta o indiretta, di industrie straniere, evidentemente non è possibile elencarli in una rassegna di stampa medica italiana.

Avendo ottenuto la cortese adesione di varî periodici della categoria di quelli « indubbiamente italiani » e mentre mi consta che personalità eminenti vogliono occuparsi a fondo della distinzione da farsi fra periodici « italiani » e quelli che « non possono ritenersi tali », così, senza dare carattere di nuova « Associazione » alla « Elencazione » che sta per attuarsi (poichè una qualsiasi nuova associazione potrebbe assumere, anche contro ogni intenzione, l'apparenza di antagonismo a quella sopra auspicata) chiameremo « Italica » la « elencazione-rassegna », attuata secondo i criteri suaccennati, della Stampa Medica Italiana, e ci limiteremo a riassumere in un motto quanto è indubbiamente aspirazione di ciascun periodico medico italiano: *Italicus, Italica Volo.* Il quale motto già venne consacrato dal 1° Congresso Nazionale per le Industrie Sanitarie (Milano 1921); esso esprime l'atteggiamento di difesa contro l'invadenza straniera, che si manifestò, in passato, tra noi, tanto nella cultura scientifica quanto nella produzione industriale.

Sarà graditissima la di lei adesione al suesposto concetto.

Con distinti saluti

Dott. Prof. P. PICCININI.

Siamo ben lieti di aderire all'ottima iniziativa del dott. Piccinini.

Nella stampa sanitaria.

« The Cancer Review » vuol essere una revisione di quanto si pubblica intorno al cancro in tutti i paesi. Risulta esclusivamente di recensioni, ripartite in gruppi. Si pubblica sotto gli auspici delle « British Empire Cancer Campaign » a cura del segretario E. J. C. Chapman; è edito dalla ditta John Wright & Sons Ltd. di Bristol; abbonam. annuo (10 numeri) 30 s.; numeri separati 3 s. 6 d., doppi 7 s.

Conferenze del sen. Maragliano.

Il sen. prof. E. Maragliano ha recentemente tenuto nell'aula di Clinica medica della R. Università di Napoli una serie di conferenze sulla tubercolosi. Le conferenze sono state affollatissime di maestri, medici e studenti, i quali hanno voluto, poi, la sera prima della partenza del sen. Maragliano, tenere un banchetto in suo onore, affermando ancora una volta l'affetto che li lega all'illustre Maestro.

In difesa della maternità e dell'infanzia.

Il ministro dell'Interno on. Federzoni ha diramato ai prefetti una circolare per l'applicazione della legge 10 dic. 1925 sulla protezione della maternità e dell'infanzia. Essa ricorda, tra l'altro, il divieto d'impiego dei minori di 15 anni negli spettacoli di varietà ed esercizi acrobatici; il divieto della vendita di tabacco ai fanciulli e adolescenti; il divieto d'impiego dei minori di 18 anni negli esercizi di rivendita delle bevande alcooliche.

S. M. la regina Elena ha accettato la presidenza onoraria dell'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia.

S. E. Mussolini ha elargito L. 10,000 all'Opera suddetta nell'intento di contribuire al raggiungimento delle alte e benefiche finalità che essa si propone.

Assicurazioni sociali nel Giappone.

Una legge per le assicurazioni sociali obbligatorie in Giappone venne promulgata nel marzo 1922; ma, a causa del terremoto di Tokio, fu sospesa; è entrata in vigore col mese di luglio corrente. Essa comprende le assicurazioni dei lavoratori contro le malattie, gl'infortuni, le morti e le nascite. Per quanto concerne le malattie e gl'infortuni, è consentita la libera scelta di qualsiasi medico, specialista, dentista e farmacista da parte dell'assicurato; sanitari vengono retribuiti dall'Istituto assicuratore per 180 giorni; l'assicurato riceve il 60 % della sua ordinaria paga, finchè resta malato o invalido. Per le nascite, si provvede solo alle spese di assistenza sanitaria a domicilio o in una maternità e al 60 % della paga per 28 giorni prima e 42 giorni dopo il parto. Nei casi di morte, vengono solo coperte le spese pei funerali; è prevista anche una indennità agli eredi, pari a venti giorni di paga.

La lotta contro la malaria in Italia.

Per invito della Scuola di Medicina Tropicale di Londra il barone Quaranta di Sanseverino ha tenuto, in quella Scuola di Medicina Militare, dinanzi a un pubblico composto di medici e di uomini politici, una conferenza su la lotta contro la malaria in Italia illustrando un interessante film girato in Italia per incarico della Direzione generale di sanità al Ministero degli Interni.

Il barone Quaranta ha parlato del contributo di sir Donald Ross e dei medici italiani nello studio della malaria, ha tracciato rapidamente la storia di questa malattia dai tempi antichi ai giorni nostri, ha trattato delle sue cause, ha descritto lo stabilimento di Torino per la produzione del chi-

nino, ha tracciato la legislazione italiana antimalarica, la più completa del mondo, e la legge testè passata al Senato per la protezione della maternità e dell'infanzia.

La conferenza è stata molto applaudita.

Premi per gli studi venereologici.

La « Lega Francese contro il pericolo venereo » offre i seguenti premi.

Uno di Fr. 5000 per il miglior lavoro sulle psicopatie eredoluetiche nei bambini e negli adolescenti e sulle loro conseguenze sulla delinquenza giovanile.

Uno di Fr. 5000 per il miglior lavoro sull'associazione della sifilide con la tubercolosi nelle affezioni osteo-articolari.

Uno di Fr. 20,000 per la migliore scoperta nel campo della venereologia durante gli anni 1926-27.

La Lega ha i suoi uffici a Parigi, rue Lisbonne, n. 44. Il concorso rimarrà aperto fino al 1° ottobre 1928.

Premio Mannino.

Il dott. Lorenzo Mannino, libero docente di Clinica dermosifilopatica a Palermo, ha disposto morendo vari legati di beneficenza, tra cui uno di L. 50,000 a quell'Accademia delle Scienze Mediche per un premio triennale ad un medico siciliano.

Premio Clementi.

La « Gazz. Uff. » ha pubblicato il decreto, con il quale, su proposta del Ministro della P. I. vengono approvate le modifiche allo statuto di fondazione del premio Gesualdo Clementi, presso la R. Università di Catania.

Onoranze al prof. Albertotti.

Il 15 giugno nell'aula della Clinica Oculistica dell'Università di Padova il prof. Giuseppe Albertotti, decano degli oculisti d'Italia, tenne la sua ultima lezione dopo 40 anni d'insegnamento quale professore ordinario. Trattò il tema: « La discromatopsia negli artisti del pennello », lo stesso che quarant'anni prima aveva formato oggetto della sua prolusione al primo corso quale professore ordinario. Parlarono poi il sen. Cirincione, della Clinica oculistica di Roma, il quale consegnò al prof. Albertotti le insegne di grand'ufficiale della Corona d'Italia; il prof. Sabbatani anche a nome del Preside della Facoltà; il prof. Ovio della Clinica oculistica di Genova; uno studente a nome dei colleghi, il quale offerse al maestro dei fiori ed una pergamena con le firme di tutti gli ultimi allievi; il magnifico rettore gr. croce prof. Lucatello; il sen. Tamassia e altri. Il prof. Albertotti rispose ringraziando commosso.

Onoranze al prof. Pace.

All'Università di Napoli, nei locali della Scuola Ospedaliera presso l'Ospedale degli Incurabili, sono state rese onoranze al libero docente di Patologia e Clinica medica prof. Domenico Pace per i suoi 25 anni d'insegnamento. Numerosi i professori, amici e vecchi e nuovi scolari intervenuti. Al festeggiato vennero offerte una ricca medaglia d'oro con epigrafe dettata dal prof. P. Alberto Farese, un'artistica pergamena, un album e fiori in abbondanza.

Onoranze al dott. A. Bertarelli.

Il 4 luglio nell'Ospedale Dermosifilopatico di Milano (via Pace 9) ebbe luogo una solenne cerimonia per le onoranze decretate dal Consiglio Ospitaliero al dott. Ambrogio Bertarelli, primario emerito e munifico benefattore dell'Ospedale Maggiore.

Nell'occasione si procedette ad una visita inaugurale del padiglione della Sezione Fotoradioterapica intitolata al di lui nome e ad una visita della Clinica Dermosifilopatica della R. Università, avente sede nello stesso Ospedale.

Il prof. Eiselsberg.

Si sono testè compiuti 25 anni da quando il prof. A. Eiselsberg assunse la direzione della prima Clinica Chirurgica di Vienna. La ricorrenza è stata celebrata da una cerimonia, in cui parlarono i proff. Clairmont di Zurigo, Marburg di Vienna e Sauerbruch di Monaco; fu offerto al festeggiato un volume di memorie scientifiche.

Il prof. Freud.

Il prof. Siegmund Freud, fondatore della psicanalisi, ha compiuto il suo 70° compleanno il 6 maggio; in tale occasione gli sono state rese cordiali onoranze da allievi ed amici; il Municipio di Vienna gli ha conferito la cittadinanza onoraria.

Il prof. E. Kraepelin.

È stato decretato un assegno all'illustre alienista, perchè possa recarsi in India, per la durata di cinque mesi, e compiervi uno studio sulla demenza paralitica.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Giovanni Modi, medico condotto di Jesa (Siena), di 27 anni, percorreva in motocicletta la via Cavour quando urtò contro un'automobile, riportando frattura completa della gamba destra e altre grave lesioni.

Il dott. Galbusera, medico condotto di Mezzanino Po (Pavia), investiva con la propria motocicletta la bambina cinquenne Giuseppina Lanati, che riportava frattura del frontale.

Il dott. Carlo De Amicis, veterinario provinciale di Alessandria, mentre transitava in motocicletta per una strada prossima alla città, fu investito da un'automobile, riportando la frattura della clavicola destra.

Per una zona di silenzio intorno agli ospedali.

La Prefettura di Polizia di Parigi ha fatto apporre, in prossimità di ospedali, cliniche e case di cura, delle targhe con la scritta: « Silenzio! ».

Con ciò si intende sovratutto di rammentare, ai conducenti di veicoli, di rallentare la corsa e di porre in sordina i mezzi di segnalazione.

Omicidio pietoso.

Il tribunale di Klagenfurt ha condannato a due anni di carcere l'infermiera Cristina Napol, di 34 anni, che aveva ucciso la figlia dodicenne Siglinda per liberarla dalle atroci sofferenze di una malattia ereditaria.

E' morto a Lione il prof. JOSEPH TEISSIER, che dal 1907 dirigeva quella clinica medica in cui continuava le tradizioni del padre, Benedict Teissier.

Prima di giungere alla clinica aveva insegnato per 20 anni patologia nella stessa Università.

Ha portato pregevoli contributi in molti campi della medicina; ricorderemo il significato delle anomalie funzionali del cuore, il valore semeiologico delle tensioni locali, la dissociazione dell'influenza dalle false influenze, il significato delle diverse albuminurie, i tentativi d'opoterapia renale, ecc. Fu un clinico esperto, un insegnante efficace. Viaggiava molto: egli andava a sorprendere sul posto i più importanti progressi che venivano realizzati dai vari studiosi e dalle varie scuole; partecipava anche volentieri alla vita dei congressi.

E' morto a Bologna, il 18 giugno, il prof. ATTILIO CEVIDALLI, stabile di medicina legale a Padova. Era nato a Reggio Emilia nel 1877; aveva insegnato a Perugia ed a Cagliari prima di passare a Padova. Lascia un trattato largamente diffuso come testo e molti pregevoli contributi.

R.

E' morto ad Imola il 28 giugno il prof. CESARE CAPEZZUOLI, medico primario e direttore di quell'Ospedale Civile, docente di patologia medica a Firenze.

E' morto a 74 anni sir JAMES CANTLIE, che si era specializzato nello studio e nella divulgazione del pronto soccorso e dell'assistenza sanitaria.

Lascia tre manuali scritti per la Croce Rossa ed altre pubblicazioni pregevoli.

Si è spento a Milano, in età di 59 anni, il dott. ALFONSO WASSERMANN, notissimo industriale. Era nato a Pola e si era laureato in chimica farmaceutica a Innsbruck. Ha fondato a Milano uno stabilimento di prodotti farmaceutici che è uno dei migliori conosciuti. Italianissimo di sentimenti, si è adoperato efficacemente per i progressi della medicina italiana e durante la guerra compì opera attiva di assistenza sociale: a Lambrate istituì, a sue spese, un nido per bambini dei richiamati, che fu il primo in Italia. Ha impresso un vigoroso impulso all'industria nazionale.

E' tragicamente scomparso il dott. ERMOGENE CINGOLANI, vittima di un accidente stradale, mentre in bicicletta andava a compiere il suo dovere professionale.

Ebbe parte attiva nell'organizzazione dei medici condotti e nella difesa degli interessi di categoria e fu uno degli uomini più in vista della vecchia A. N. M. C. Polemista impetuoso ma sincero, contribuì a dar vita attiva a molti congressi e periodici professionali e a migliorare le sorti delle condotte.

Contava più di 60 anni.

Il 4 luglio è morto il dott. ANTONINO VERMIGLIA che per circa quarant'anni spese la sua attività di medico colto ed onesto nella condotta di Roccavaldina (Messina).

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 2 Agosto 1926 Fasc. 31

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA NEUROPSICHIATRICA DI ROMA.
Direttore: prof. G. MINGAZZINI

La cura delle forme convulsive gravi delle epilessie con le iniezioni di luminal sodico nella cisterna magna.

Dott. GIUSEPPE AYALA, aiuto e libero docente.

Mentre nella cura dell'attacco di grande male epilettico isolato l'opera del medico, quando è tempestiva, generalmente si riduce a prendere le misure per impedire che il paziente si ferisca o soffochi, ben diversa e molto più ardua si presenta quando le crisi convulsive, epilettiche o epilettiformi, si susseguono in serie con intervalli più o meno brevi di calma e di ritorno parziale della coscienza e sopratutto quando si contano a centinaia nella giornata subentrano l'una all'altra senza ritorno della coscienza e si accompagnano a coma, elevazione termica, ipertermia, albuminuria, polso piccolo, respiro superficiale o stertoroso, cute arida, lingua fuliginosa, ecc. È nota tutta la gravità di questi quadri clinici e specialmente dello status epilepticus convulsivo propriamente detto; come è nota la incerta e scarsa efficacia dei vari rimedi e mezzi curativi usualmente adoperati, che, molto spesso (4 volte su 7 secondo Delasiauve e nella metà dei casi da me osservati in questa clinica e nel manicomio di Roma), non riescono a scongiurare l'esito letale, o perchè per la loro natura e per la via di somministrazione agiscono lentamente e insufficientemente, o perchè il presunto elemento etiogenetico delle crisi, che mirerebbero a combattere, non è in giuoco.

A prescindere dal fatto che a pazienti in coma con spasmi della glottide e del diaframma e che vomitano, difficilmente si riesce a fare ingerire

un medicamento, resta il fatto più importante che esso, qualunque sia, non può agire prontamente con sufficiente attività come richiede la gravità della sindrome e la imminenza del pericolo. Di fatti i sedativi e gli ipnotici-antiepilettici (bromuro, cloralio, luminal), anche quando si riesce a farli deglutire, raramente modificano il decorso della sindrome convulsiva, sia pure somministrati ad alte dosi, come consiglia Toulouse (1) per il bromuro (6-8 gr.) e Sicard per il cloralio (gr. 4 in unica volta), fin dal primo momento, e poi a dosi decrescenti col diminuire del numero delle crisi.

La somministrazione per via rettale delle dette sostanze e dell'amilene, se non presenta inconvenienti ne la difficoltà di messa in pratica come le somministrazioni per os, per ragioni ovvie è di azione molto meno efficace di quest'ultime e la quantità di medicinale che viene assorbita dalla mucosa rettale è sempre piccola. Tuttavia si può ricorrere, come si usa abitualmente nei nostri manicomi, ai clisteri di bromuro e cloralio, senza, per altro, fondarci troppe speranze, specialmente se gli attacchi tendono a moltiplicarsi a centinaia nella stessa giornata (Dodds ne contò 472 in 30 ore, e Toulouse e Marchand 64 in 24 ore).

Molto migliori sono gli effetti curativi quando il sedativo-ipnotico viene introdotto sotto cute e meglio ancora nelle vene. A questo scopo il luminal-natrium si presta assai bene, e da tre anni circa viene in questa clinica usato con vantaggio per iniezioni sottucutanee ed endovenose non solo nelle crisi epilettiche ripetute, ma anche negli stati di eccitamento e di agitazione psicomotoria. Queste iniezioni evidentemente non possono sostituire la somministrazione del luminal per os nella cura della comune epilessia, dove si richiede la continuazione per mesi e mesi dell'uso del medicamento, ma hanno la loro applicazione in periodi limitati, nei quali è doveroso intervenire prontamente e senza il consenso del paziente (incoscente o agitato).

Le inalazioni di cloroformio o di nitrito di amile sembra abbiano dato in qualche caso buoni risultati (Oppenheim, Crichlou-Brown). In un demente paralitico, durante lo stato epilettico, sono ricorso alla eterizzazione, ma senza alcun vantaggio apprezzabile. I bagni tiepidi, se possono essere utili contro l'ipertermia, non la prevengono e, sopratutto, non fanno diminuire il numero delle crisi convulsive, senza dire che sono di difficile esecuzione nella corrente pratica neuropsichiatrica.

Un rimedio del quale anch'io più volte mi sono servito, sono il salasso e le epidermoclisi con soluzione fisiologica o di Ringer. Teoricamente questi mezzi mirerebbero a liberare l'organismo dalle eventuali, ma finora non precisate, sostanze tossiche epilettogene e a combattere l'ipertensione arteriosa (quando esiste) e sopratutto la congestione intensa di tutti gli organi nervosi centrali e specialmente del bulbo e del ponte, spesso riscontrata all'autopsia di soggetti morti in stato di male. Ma la esperienza personale non mi permette di affermare che la sottrazione di 300-400 cc. di sangue in soggetti in grave stato di male convulsivo (essenziale) veramente produca l'effetto desiderato. Però non può disconoscersi che il salasso e l'epidermoclisi siano particolarmente indicate nelle convulsioni epilettiformi e nel vero stato epilettico chiaramente dipendenti da una intossicazione endogena od esogena (sopratutto nell'uremia e nel coma diabetico).

Maggiori speranze fondano alcuni (Friedel, Pichenot e Castin, Allen, Tissot, Glouskoff, Roubinovich, ecc.) sulla sottrazione di 20-30 cc. di liquor a mezzo della PL. (1); ma non mancano altri autori (Tanzi e Lugaro) che la ritengono non solo inefficace, ma dannosa e aggravante la forma morbosa che si cerca di combattere. Anch'io ho veduto dopo questo piccolo intervento stabilirsi lo status epilettico in uno dei miei pazienti (oss. 3ª), che aveva già frequenti attacchi convulsi del tipo jacksoniano. Tuttavia non posso condividere l'opinione sfavorevole manifestata da questi ultimi autori verso la puntura lombare evacuativa, avendo osservato, in seguito ad essa, non solo in molti epilettici con accessi convulsivi isolati una sospensione per un certo tempo, a volte molto lungo, delle crisi, ma anche una remissione, sia pure temporanea, delle crisi e del coma in alcuni casi di status epilepticus.

Anche a questo proposito, come per molti altri mezzi terapeutici, non si può generalizzare. È possibile che la opinione in favore a quella contro la rachicentesi come intervento curativo delle forme gravi delle epilessie siano entrambe giuste a secondo i casi.

Se dovessi esprimere un'opinione in base alla mia esperienza direi che in una prima categoria di casi, costituita per lo più dalle epilessie sintomatiche (tumori o ascessi cerebrali, idrocefalo, meningite sierosa, trombosi dei seni, pachimeningite emorragica, ecc.), nei quali si riscontra ipertensione più o meno elevata del liquor, la sottrazione di una quantità di esso sufficiente a ripor-

(1) TOULOUSE et MARCHAND. *De l'état de mal épileptique*. Presse méd., n. 53, p. 565, 5 juillet 1922.

(1) Anche Leriche (*Gazette des Hôp.*, sept. 1921) ha sostenuto che sia possibile di far cessare lo stato epilettico jacksoniano con la PL., o con iniezioni intravenose di acqua distillata (cc. 40) ovvero di una soluzione ipertonica (cc. 60 di una soluzione clorosadica al 30 %) a seconda se le crisi dipendono da una ipertensione ovvero da una ipotensione del liquido c. r.

tare la sua pressione ad un livello pressochè normale, può riuscire di utilità e di sollievo al paziente. Fra gli altri ricorderò il caso di una donna, già ricoverata nella nostra Clinica, 3 anni fa, per tumore sellare e migliorata con applicazioni di radium, la quale circa 14 mesi fa presentò sintomi che fecero supporre si svolgesse una mastoidite. Fu perciò ricoverata nella Clinica Otoiatrica, dove cominciò a presentare attacchi epilettici, che si fecero molto frequenti e si complicarono con febbre e coma. Quando la vidi, si trovava in uno stato gravissimo poichè nella notte aveva avuto più di 70 crisi subentranti. Praticai la puntura suboccipitale, trovai una pressione di 65 cm. di H_2O ed estrassi cc. 8 di liquor limpido con discreta linfocitosi (pressione finale cm. 25; Qr. = 3). Dopo alcune ore le crisi cominciarono a diminuire d'intensità e di frequenza, lo stato generale a migliorare gradatamente, sicchè dopo circa 15 giorni la malata potè tornare a casa, dove ancora vive in discrete condizioni.

In un secondo gruppo di pazienti affetti dalla così detta epilessia essenziale o idiopatica (e nei dementi paralitici), nei quali durante gli intervalli fra le crisi convulsive la pressione rachidiana si presenta normale, o anche un po' più bassa della norma, la puntura lombare riesce, almeno a giudicare dai miei casi, senza effetto apprezzabile. Tale fu il caso di una paziente condotta in Clinica per due volte, alla distanza di 13 mesi, in preda a convulsioni iniziatesi a tipo jacksoniano e poi divenute generalizzate e frequentissime, accompagnate da febbre, a lieve albuminuria e coma. Or bene tutte e due le volte praticai il salasso e la puntura lombare (pressione e costituzione del liquor normali), ma lo stato epilettico non migliorò. Solo con cardiocinetici, con mezzi fisici, e con clisteri di cloralio la paziente potè uscire dal grave stato dopo 5 giorni dall'inizio della sindrome convulsiva.

Ora, siccome in presenza di un paziente con crisi convulsive molto frequenti o in stato di male epilettico vero e proprio non è sempre possibile giudicare, specialmente in mancanza di notizie anamnestiche, se si tratti di una forma essenziale o sintomatica con o senza ipertensione endocranica, si può, a mio avviso, (senza trascurare l'esame del fondo dell'occhio) ricorrere alla P. L.; però bisogna misurare accuratamente la pressione del liquor, e, solo se si trova iperteso, sottrarne una sufficiente quantità da ridurre la pressione ad un livello pressochè normale secondo i criteri da me svolti in precedenti lavori (1).

(1) AYALA G. *Ueber den diagnostischen Wert des Liquordrukes*. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Ps., Bd. 84, 1923; ID. *Die Phisiopathologie der Mechanik des Liquor*. Monat. f. Psych. u. Neur., Bd. 58, 1925.

Alla rachicentesi si può far seguire la iniezione nel cavum subarachnoidale di una soluzione di sostanze sedative o ipnotiche-antiepilettiche. Sono stati infatti preconizzati i sali di magnesio in soluzione del 20 % alla dose di 3-5 cc.; ma hanno avuto, e hanno giustamente, maggiore applicazione gli ipnotici derivati dalla malonilurea, (veronal, gardenal).

I tentativi di iniezioni subaracnoidali di luminal (Carniol) (1) nell'epilessia non potevano condurre a risultati incoraggianti data la insolubilità del medicinale; invece si dimostrò efficace la introduzione per questa via del luminal-natrium (feniletilmolonylurea sodico), sale solubilissimo, meno attivo, ma meno tossico del luminal. Gmelin (2) lo usò alla dose di gr. 0.10 in soluzione acquosa in 12 bambini epilettici con attacchi convulsivi, ottenendone la scomparsa per parecchio tempo. Dopo la iniezione endorachidiana del detto preparato egli notò cefalea, febbre fino a 39,8, che cessarono entro 24-48 ore e, a volte, bradicardia, vomito, lieve rigidità nucale, vertigini, anch'esse di breve durata. Forse questi inconvenienti dipendevano o dalla sottrazione di una certa quantità di liquor o da una probabile poca tolleranza dei bambini anche per gli ipnotici. Contemporaneamente, e indipendentemente dallo Gmelin, in questa Clinica si cominciò ad usare lo stesso medicamento per via endovenosa ed endorachidiana negli adulti, e i colleghi Fumarola ed Enderle (3) comunicarono all'Accademia di Medicina di Roma i buoni risultati ottenuti in due casi di status epilepticus, nei quali furono iniettati nella cisterna terminalis in uno gr. 0.30 e nell'altro fino a gr. 0.80 di luminal-sodico in soluzione acquosa al 20 %. Ma nei due detti casi, come in altri due di eclampsia del Bompiani (citati da Fumarola ed Enderle) la cessazione delle crisi fu ottenuta quando si raggiunse la dose massiva di 0.80 gr. Perciò i precitati autori furono indotti a consigliare l'uso di dosi elevate per essere sicuri di ottenere l'effetto curativo (4).

(1) CARNIOL A. *L'injection intrarachidiènne de substances insolubles*. Revue Neur., 1919, n. 9, p. 720; Presse méd., n. 10, 1919.

(2) GMELIN A. *Luminaltherapie unter besonderer Berücksichtigung der Giftigkeit und der endolumbalen Anwendung*. Münchener M. W., 1923, n. 28, S. 911.

(3) FUMAROLA ed ENDERLE. *Tentativi di terapia dello status epilepticus a mezzo di iniezioni di luminal natrium nel cavum subdurale spinale*. Bollettino e Atti della R. Accademia Medica di Roma, fasc. 8, p. 363, 1923-24.

(4) F. CAZZAMALLI (*Il Manicomio*, n. 3, 1924) in 4 epilettiche adulte, iniettando nel rachide gr. 0,10 di luminal sodico, previa sottrazione di cc. 12-15 di liquor, non ha osservato gli effetti benefici sul decorso della malattia segnalati da Gmelin.

Effettivamente la dose medicamentosa (gr. 0.22) di luminal-natrium per via endorachidiana non riesce a fare cessare le crisi e si mostra meno efficace di quando viene somministrata per via sottocutanea e certamente meno pronta che per via endovenosa. D'altra parte le dosi massive di questo medicamento possono far cessare le convulsioni, tanto se vengono iniettate nel cavum subarachnoidale spinale quanto se somministrate per via endovenosa, ed hanno nei due casi un effetto ipnotico considerevolissimo e molto prolungato. Quindi non c'è alcuna convenienza pratica, a mio avviso, a ricorrere alla iniezione endorachidiana, quando si debbono raggiungere dosi così elevate, quasi tossiche, che, probabilmente, non potrebbero essere tollerate da tutti i pazienti in stato generale già grave. D'altronde, tenendo presenti le nozioni sulla circolazione del liquor, si comprende facilmente perchè l'effetto di una sostanza, che deve agire specialmente sulla corteccia cerebrale, debba essere di poco differente se introdotta sia nel sottocutaneo sia nella cisterna terminalis. È noto, infatti, che le soluzioni coloranti iniettate sperimentalmente nel sacco aracnoideo-durale spinale, e le soluzioni anestesiche iniettate a mezzo della P. L. dopo un certo tempo e solo in tracce minime giungono alla base dell'encefalo e mai nei ventricoli cerebrali o nella convessità degli emisferi cerebrali. Si deve quindi supporre che il luminal sodico, iniettato nella cisterna terminalis, per giungere ai centri encefalici, in grande parte prima debba essere riassorbito insieme al liquor subarchnoidale spinale e passare nella circolazione generale.

Data questa lunga via da percorrere e la forte diluizione che essa sostanza deve subire mescolandosi con l'intera massa sanguigna, si comprende perchè la sua azione sedativa-ipnotica ritardi di qualche ora e si manifesti molto debolmente, se iniettata in dosi modiche a mezzo della P. L. Del pari è chiaro che, se la stessa dose viene invece portata a più immediato contatto con i medesimi centri cortico-sottocorticali irritati, rimanendo in una concentrazione maggiore, agirà più prontamente e più attivamente con grandissimo vantaggio anche per i centri ponto-bulbari e spinali.

Le ricerche sperimentali di Amantea (1), infatti, hanno dimostrato che l'applicazione diretta di una soluzione di luminal sui centri sensitivo-motori corticali dei cani diminuisce o sopprime la eccitabilità elettrica di essi centri. Si doveva dunque pensare che lo stesso fatto dovesse verificarsi nell'uomo, ove si fosse riusciti a portare la sostanza modificatrice della eccitabilità degli elementi nervosi a loro contatto immediato. Questo scopo in clinica si può solo raggiungere medicando il liquido subaracnoidale encefalico e forse quello ventricolare, che, come è noto, bagnano interamente tutta la superficie degli organi nervosi centrali e periferici. Per far ciò il mezzo più adatto e relativamente più facile, che permette di penetrare negli spazi subaracnoidali encefalici, è rappresentato dalla puntura atlanto-occipitale.

L'esperienza fatta in questi ultimi quattro anni mi ha sempre più dimostrato la grande utilità, a scopo diagnostico profilattico e curativo, di questo piccolo intervento operativo e la sua relativa benignità, se praticato con prudenza e rigorosa tecnica. Quindi pensai di servirmene anche nella cura della epilessia e specialmente delle forme gravi e minacciose di questa sindrome, nelle quali dalla prontezza ed efficacia del mezzo curativo dipende la vita dei pazienti. Mediante questa puntura si può, occorrendo, estrarre una certa quantità di liquor per abbassare convenientemente, se eventualmente esistesse, una ipertensione endocranica, e in secondo tempo iniettare una sostanza modificatrice dello stato irritativo dei centri encefalici. Naturalmente bisogna essere sicuri che questa sostanza venga tollerata perfettamente e non rechi nocumento ai centri della vita vegetativa ponto-bulbari e ai nervi cranici relativi, sopratutto al vago.

A me non risultava, come ancora non consta, che il luminal sodico sia stato da altri iniettato nella cisterna magna; però, in base alle nozioni farmacologiche generali sui derivati degli acidi barbiturici e sul luminal in particolare, e in base alla grande tolleranza del cavum subarachnoidale spinale per grandi dosi di tale medicinale, potevo supporre che anche i nuclei e le radici dei nervi ponto-bulbari dovessero tollerarlo senza inconvenienti. Tuttavia si imponeva una estrema prudenza e una accuratissima sorveglianza del comportamento specialmente del polso e del respiro nelle prime iniezioni suboccipitali, prima di avere la sicurezza che l'ipnotico-sedativo iniettato non desse luogo a nessuna spiacevole conseguenza. I fatti mi hanno rassicurato e persuaso della innocuità della introduzione negli spazi subaracnoidali encefalici di una giusta dose del medicinale in parola.

Riservandomi di tornare, dopo una più lunga osservazione dei miei pazienti, sulla efficacia delle iniezioni di luminal natrium nella cisterna magna nella cura anche della comune epilessia a crisi distanziate, qui riferirò brevemente le storie cliniche di 5 pazienti guariti del loro stato di male epilettico con questo procedimento curativo, che, per quanto possa sembrare audace, è perfettamente razionale e giustificato dalla imminenza e gravità del pericolo.

---

(1) AMANTEA G. *Il luminal nell'epilessia sperimentale.* Bollettino e Atti della R. Acc. Medica di Roma, anno XLVII, adunanza 13 luglio 1921.

Osservazione I. — R. D., 45 anni, sarto. Viene condotto in clinica il 28 dicembre 1925 in stato semi-comatoso e in preda a convulsioni epilettiche susseguentisi a brevi intervalli.

I parenti narrano che il paziente da circa otto anni soffriva di idee deliranti di gelosia e allucinazioni uditive, che solo da qualche mese erano notevolmente migliorate, tanto da permettergli di riprendere il suo mestiere.

Il mattino di due giorni prima dell'ingresso in clinica è stato trovato sul letto in stato soporoso; nella stessa giornata cominciò a riprendere la coscenza e ad accusare cefalea. L'amnesia di quanto gli era accaduto durante la notte era completa. Verso le ore 4 della notte di ieri fu ripreso da crisi convulsive, che nello spazio di circa 4 ore, cioè fino all'ingresso in clinica, si sono ripetute una cinquantina di volte. Si trattava di attacchi convulsivi più o meno generalizzati più o meno completi, con qualche breve momento di ritorno molto parziale della coscienza fra l'uno e l'altro e con tutti gli altri caratteri del grande male epilettico.

All'esame obbiettivo eseguito, per quanto è possibile, negli intervalli fra le crisi, si constata trattarsi di un soggetto di costituzione scheletrica regolare e condizioni generali piuttosto scadenti; polso di media ampiezza e frequenza, respiro piuttosto superficiale, temperatura 37,8. L'esame degli organi toracici e addominale riesce negativo.

Esame neurologico: emiparesi con esagerazione dei riflessi tendinei e clono del piede dal lato sinistro, dal quale durante gli attacchi le scosse clonico-toniche sono più intense; pupille anisocoriche (S > D); riflesso corneale e congiuntivale appena accennato da ambo i lati; fundus oculi normale.

Si pratica la P. L. (decubito laterale): pressione iniziale cm. 10 H_2O (cm. 30 durante gli attacchi); quantità cc. 10, limpido, incolore, senza alterazione delle sostanze proteiche e degli elementi figurati, con reazioni colloidali negative.

Dopo la rachicentesi le crisi continuano a ripetersi con l'intervallo di circa 10 minuti nelle prime 4 ore e con sempre maggiore frequenza nelle ore del pomeriggio del giorno 29.

Si pratica allora una iniezione endovenosa di gr. 0,20 di luminal natrium; ma le convulsioni continuano a ripetersi con frequenza pressochè invariata per tutta la notte del 29 e la giornata del 30.

Il mattino del 31 le condizioni sono aggravate; temperatura 38,9, polso piccolo, 100 al m', tracce di albumina nelle urine, ronchi e sibili in tutto l'ambito polmonare.

Pratico la *puntura suboccipitale* e riscontro liquor a pressione e costituzione normale; ne estraggo cc. 2 e inietto con estrema lentezza, sorvegliando il comportamento del polso e del respiro, gr. 0,10 di luminal natrium.

Poco dopo si manifesta un miglioramento evidente, gli attacchi cessano; la coscienza dopo alcune ore riprende parzialmente e il paziente può alimentarsi con latte e uova.

La notte però gli attacchi ricompaiono e si ripetono 9 volte e 4 volte nel mattino prima della visita. Un clistere di bromuro-cloralio non dà che una brevissima tregua degli attacchi convulsivi; ma le condizioni generali rimangono gravi, la temperatura sale a 38,9, polso molto frequente e piccolo, la cute della regione sacrale cominciava a necrotizzarsi.

Continuando questo stato, l'indomani (3 gennaio) pratico la seconda *puntura suboccipitale* iniettando gr. 0,20 di luminal sodico. Poco dopo le crisi cessano; nel pomeriggio un solo attacco brevissimo e molto incompleto. Da allora in poi il paziente non ha più crisi, le sue condizioni generali migliorano rapidamente, la coscenza ritorna, i rantoli e ronchi scompaiono, il polso diviene valido e regolare. Il giorno 7, cioè dopo 4 giorni dalla seconda puntura suboccipitale, il paziente può dirsi guarito dallo status epilepticus, essendo anche scomparsa l'emiparesi osservata fin dai primi giorni della sindrome; egli rimane nel reparto ancora due mesi, senza più presentare crisi convulsive o altro disturbo neurologico degno di nota.

Osservazione II. — P. G., anni 28, possidente. Il giorno 19 aprile viene portato in clinica in stato stuporoso. Le persone che lo accompagnano narrano di averlo trovato nella camera dell'albergo, dove alloggiava, a terra, davanti al letto, senza coscienza e con piccole ferite contuse al mento e al labbro inferiore. I parenti poi assicurarono che il paziente è senza nessuna tara neuropatica, non aveva mai sofferto mali degni di nota e solo di tanto in tanto accusava senso leggero di vertigine di brevissima durata, senza mai perdere la coscienza. Non aveva mai fatto abuso di alcool nè aveva avuto traumi fisici al capo o psichici. La sera precedente all'ingresso in clinica era rientrato all'albergo come al solito verso la mezzanotte in condizioni apparentemente normali.

All'ingresso in clinica il paziente rimane immobile sul letto, non risponde a nessuna domanda, non esegue alcun ordine; con l'occhio spento guarda qua e là senza mostrare di comprendere lo scopo e il significato delle domande, perde urine, non inghiotte neanche l'acqua postagli in bocca. Al labbro inferiore e alla lingua si osservano segni di morsi e nel mento una piccola ferita contusa. Temperatura 37,4, polso 80.

Per quanto è possibile giudicare, dato lo stato psichico, non sembra esistano deficit motori dei muscoli mimici e degli arti. I riflessi tendinei sono presenti, mancano quelli addominali e cremasterici. Le punture su tutto il corpo provocano movimento di difesa e di espressione dolorosa della faccia. Fundus oculi normale.

Diagnosi: stato stuporoso postaccessuale (epilettico).

La sera dell'ingresso in clinica il paziente è preso da crisi convulsive, che durante la notte si ripetono 30 volte con gli stessi caratteri, la temperatura sale a 38,2, il polso diviene frequente, la coscienza è abolita del tutto fra le crisi; perdita di urine.

20 aprile: le crisi convulsive continuano; negli intervalli si osserva: polso ritmico e frequente, temperatura 38,3, respiro stertoroso; Babinski bilaterale più accentuato a sinistra; esagerazione dei rotulei, specialmente del sinistro; anisocoria, rigidità iridea bilaterale; resistenza minore della norma nei movimenti passivi degli arti da ambo i lati.

Si pratica la P. L. e si riscontra: pressione iniziale cm. 12 (decubito laterale); liquor (cc. 8) limpido; alb. 0,20 ‰; Pandy, Nonne e reazione del mastice negative; linfociti 2 per cc.

Si iniettano nel rachide gr. 0,22 di luminal natrium. Nel pomeriggio: 4 crisi; temperatura 40,2; polso 124 al m', piccolo; respiro stertoroso; tracce di albumina nelle urine; coma profondo.

21 aprile: le crisi cessano, la temperatura scende a 39,4, la coscienza torna parzialmente e il paziente può ingerire latte e uova. Ma nel pomeriggio gli attacchi convulsivi generalizzati ritornano, divengono più frequenti il giorno dopo e nella notte seguente. Si praticano clisteri di clorario e iniezioni di olio canforato senza alcun effetto.

22 aprile: le crisi continuano, le condizioni generali sono gravi: coma, polso piccolo, ineguale, 120 al m', temperatura 38,9, respiro superficiale. Iniezioni endovenose di gr. 0,20 di gardenal e sottocutanee di olio canforato.

23 aprile: condizioni invariate, crisi frequenti (36 nelle 24 ore).

24 aprile: *puntura suboccipitale*, pressione normale, liquor limpido con notevole linfocitosi; inietto gr. 0,22 di luminal natrium nella cisterna magna.

In seguito a questa iniezione cessano del tutto gli attacchi convulsivi e dopo circa 4 ore di sopore profondo, la coscienza comincia a ritornare, il polso migliora, il respiro si fa profondo e nell'insieme l'aspetto del paziente non dà più l'impressione del malato grave.

25 aprile: la febbre è cessata, il polso e il respiro sono normali; il paziente risponde a qualche domanda, ingerisce uova e latte, continua a perdere le urine; non accusa nè cefalea nè altro disturbo. Obbiettivamente: ipotonia e astenia degli arti; debolezza di tutti i riflessi tendinei, anisocoria (S>D), torpore delle pupille alla luce.

Le condizioni generali migliorano e il giorno 29 aprile il paziente può alzarsi, accusando solo un lieve intontimento.

3 maggio: dal pomeriggio del 24 u. s. non ha avuto più crisi, ora non accusa nessun disturbo; l'esame neurologico mostra solamente qualche scossa nistagmiforme nei movimenti ed estrema lateralità dei globi oculari e una vivacità dei rotulei e degli achillei bilaterale. Dal lato psichico si nota solo una lacuna amnesica di tutto ciò che è accaduto al paziente dalla sera del 19 aprile fino all'indomani dell'iniezione di luminal nella cisterna magna. Viene dimesso.

Risulta che il paziente, tornato a casa, da circa due mesi non ha avuto crisi di nessun genere nè altri disturbi.

OSSERVAZIONE III. — M. P., anni 16, studente. Precedenti ereditari negativi: nel 1917 cadendo da un albero riportò frattura dell'osso occipitale. Subito dopo il detto trauma ebbe crisi convulsive a tipo jacksoniano che continuarono anche dopo l'intervento chirurgico sulla ferita cranica. Dopo due mesi cominciò a notare diminuzione del visus, che rapidamente perde del tutto. Gli attacchi convulsivi invece cessano per un certo tempo per ricomparire poco dopo e ripresentarsi in seguito una volta al mese od ogni due mesi. Nell'arto superiore sinistro, che specialmente è colpito dalle scosse clonico-toniche durante le crisi, il paziente notà la perdita della stereoestesia e della batiestesia.

Il 17 marzo u. s. viene portato in clinica, perchè dalla notte precedente aveva attacchi convulsivi ripetentisi con estrema frequenza e che continuano anche dopo il suo ingresso con la frequenza di uno ogni 15 m' circa, con i caratteri tipici delle crisi jacksoniane (sinistre) accompagnate da perdita di urine e offuscamento della coscienza. Negli intervalli fra le crisi il polso e il respiro sono buoni, la coscienza ritorna quasi del tutto: si constata emiplegia spastica e clono del piede e Babinski a sinistra, nistagmo orizzontale (scosse rapide verso D.) anisocoria (D>S), cecità completa; atrofia bianca discendente dei nervi ottici, astereoestesia e anabatiestesia nella mano sinistra. Clisteri di bromuro e cloralio.

18 marzo: durante la notte le crisi sono divenute più frequenti (48 in 12 ore) e generalizzate, temperatura 38,3, polso 92 al m', piccolo. Si pratica la P. L. (decubito laterale destro); pressione iniziale negli intervalli fra le crisi cm. 3 di H_2O, durante le crisi cm. 27; liquor limpido, quantità estratta cc. 4, nessuna alterazione delle proteine e degli elementi figurati, reazioni colloidali e R. W. negative.

Poco dopo la P. L. si stabilisce un vero status epilepticus in fase comatosa. Temperatura 38,8, polso piccolo, 108 al m', respiro stertoroso, lingua patinosa, perdita di feci e urine. Clisteri di bromuro e cloralio, iniezioni di olio canforato.

19 marzo: stato comatoso invariato, crisi meno frequenti (19 durante la notte). Pratico la *puntura suboccipitale*: pressione normale; inietto gr. 0,22 di luminal natrium nella cisterna magna. Subito dopo le crisi cessano, il polso si fa meno frequente e meno piccolo, il respiro diviene russante come di chi dorme profondamente.

Nei giorni successivi nessuna crisi, la coscienza ritorna rapidamente del tutto, le condizioni generali si ristabiliscono e dopo 4 giorni dalla P. S. O. il paziente può alzarsi.

24 marzo: il paziente ha avuto nella mattinata qualche scossa clonica all'arto superiore sinistro. L'esame neurologico rivela nistagmo bilaterale, lievissima emiparesi con aumento dei riflessi tendinei a sinistra, astereoestesia della mano sinistra (lesione postraumatica della reg. pariet. D.) ed atrofia dei nervi ottici.

OSSERVAZIONE IV. — I. T., anni 30, meccanico. Ricoverato in clinica da qualche settimana perchè affetto da demenza paralitica incipiente.

Il 9 marzo cominciò ad avere attacchi epilettiformi da principio a tipo jacksoniano con prevalenza delle scosse cloniche e spasmi tonici nella metà destra del corpo e oscuramento della coscienza senza perdita completa. Le somministrazioni di luminal per os e di cloralio per clisma, non impediscono il ripetersi degli attacchi, nei giorni successivi.

14 marzo: si pratica la P. L.; pressione normale; si iniettano nel cavum subaracnoidale spinale gr. 0,22 di luminal sodico. Gli attacchi continuano colla stessa frequenza e intensità, anzi nella notte divengono subentranti; temperatura 38. Le crisi si iniziano con un movimento spasmodico di estensione dell'avambraccio sinistro, abduzione e rotazione all'esterno dall'interno dell'arto omonimo, rotazione del capo, degli occhi verso destra e spasmi tonici di tutto l'arto inferiore sinistro, a volte anche del destro. Le crisi hanno la durata di un m' circa; la coscienza è parzialmente conservata. Negli intervalli si constata: paresi con aumento dei riflessi tendinei, clono del piede e Babinski agli arti di sinistra, fundus oculi normale, urine normali, polso piccolo e frequente, temperatura 38,5, perdita delle urine.

Questo stato continuò per 4 giorni con frequenza varia delle crisi clonico-toniche; la somministrazione di luminal per via endovenosa, le iniezioni

di ergotina e un clistere di cloralio e bromuro attenuano la intensità delle crisi, ma non modificano molto la loro frequenza, che è di circa 8-10 all'ora.

19 marzo: pratico la *puntura suboccipitale* e inietto nella cisterna magna gr. 0,22 di luminal natrium. Poco dopo le convulsioni cessano e il paziente entra in uno stato di sonno profondo, dal quale può essere destato con stimoli piuttosto forti, e che dura circa 6 ore. Allora si nota la ricomparsa di qualche scossa clonica, ora ai muscoli della metà sinistra della faccia, ora in uno, ora nell'altro arto.

20 marzo: sono cessate del tutto anche le scosse cloniche notate ieri; la coscienza è del tutto tornata; è possibile l'alimentazione spontanea. Le condizioni generali migliorano rapidamente.

Rimane in osservazione ancora per circa due mesi senza presentare più crisi convulsive, ma solo i disturbi neurologici e mentali e serologici della demenza paralitica.

OSSERVAZIONE V. — T. A., anni 25, commerciante. Si tratta di un demente paralitico in uno stadio avanzato della malattia (che durava da quattro anni) in cattive condizioni generali, il quale da circa un anno soffriva di tanto in tanto di attacchi epilettiformi.

Il mattino del 6 maggio è preso da una crisi convulsiva con tutti i caratteri dell'attacco comiziale con la prevalenza di scosse clonico-toniche negli arti di sinistra. A questa crisi ne sussegue un'altra dopo pochi minuti con gli stessi caratteri e così seguono a ripetersi per tutta la giornata con brevi intervalli. Temperatura 37,4, polso 108, respiro 22, coma non molto profondo. Iniezione sottocutanea di luminal sodico e di olio canforato.

Nei giorni 8 e 9 le crisi continuano con qualche sosta più o meno lunga; coscienza abolita anche negli intervalli fra gli attacchi; temperatura 37,8; polso 120 al m', piccolo; decubiti incipienti alla regione sacrale.

Puntura suboccipitale, pressione normale, liquor limpido con le caratteristiche umorali della D. P. inietto gr. 0,20 di luminal sodico nella cisterna magna. Subito dopo questa iniezione le crisi convulsive cessano, il polso diviene meno frequente (108 al m') e meno piccolo, il respiro si fa meno superficiale e nell'insieme il paziente assume l'aspetto di chi dorme profondamente. Si praticano iniezioni di olio canforato ogni 3 ore.

10 maggio: le condizioni generali sono lievemente migliorate, non ha avuto più nessuna crisi.

11 maggio: nella mattina due crisi convulsive, stato soporoso profondo; non ingerisce che qualche cucchiaio di latte; temperatura 37,5, polso buono. All'esame neurologico si constata che gli arti di sinistra offrono una resistenza minore di quelli di destra ai movimenti passivi e ricadono inerti sollevati, invece quelli di destra compiono movimenti spontanei e di difesa abbastanza ampi e non ricadono se sollevati; riflessi tendinei aboliti da ambo i lati; plantare pronto a D., accennato a S. Decubito superficiale nella regione sacrale.

Nei giorni successivi le crisi non si ripetono più; ma lo stato demenziale diviene sempre più grave e le condizioni generali peggiorano giornalmente. *(Continua)*.

NOTE E CONTRIBUTI.

La calcioproctoclisi nella tubercolosi polmonare.

Prof. dott. ETTORE TEDESCHI (Genova).

Circa due anni or sono Rosen di Mosca elevava a sistema l'iniezione endovenosa di cloruro di calcio nella cura della tubercolosi. E dico elevava a sistema, poichè già antecedentemente l'iniezione endovenosa di cloruro di calcio era stata sperimentata (e lo è tuttora) contro episodi sintomatici della tubercolosi (diarree, vomito, sudori profusi, emottisi, ecc.); il Rosen invece ha fatto del trattamento endovenoso col cloruro di calcio un metodo sistematico. Mentre per combattere gli episodi accennati, le soluzioni di cloruro di calcio adoperate sono più o meno concentrate (dal 10 al 50 per cento), il clinico russo si attiene a soluzioni più tenui (dall'uno all'uno e mezzo per cento) iniettando da 150 a 300 cmc. della soluzione. Il trattamento comprende di solito due serie di 15 iniezioni ciascuna con intervallo fra una e l'altra serie di circa 10 giorni.

Ora i risultati riportati da Rosen non solo in forme tubercolari torpide, ma ancora in forme molto attive, a mezzo della calcioterapia endovenosa attuata colle modalità, cui ho accennato soltanto per sommi capi, mi hanno veramente impressionato: e volli così anche io in qualche ammalato tentare il trattamento endovenoso. Spesso però ci si trovava praticamente di fronte a difficoltà varie da vincere (anche in rapporto puramente coll'ambiente famigliare); per quanto raramente, si ebbero accidenti, sia pure anche lievi, di choc successivamente alla iniezione endovenosa, senza però conseguenze gravi tangibili.

Fu allora, che mi chiesi, se non era possibile attuare la calcioterapia sistematica nella tubercolosi per altra via, che non fosse la intravenosa.

* * *

In questi ultimi anni la *proctoclisi*, il clistere « a goccia » alla Murphy ha reso grandi servizi sia nel campo medico (specie nelle infezioni) sia nel campo chirurgico, andando a sostituire bene spesso la ipodermoclisi e la fleboclisi: l'assorbimento del liquido immesso a goccia nell'intestino si compie con una regolarità assoluta e talvolta con vantaggio sorprendente, purchè « l'a goccia » sia con precisione eseguito in tutti i particolari.

Ritenni, che anche in questo campo la calcioterapia rettale potesse sostituire la calcioterapia endovenosa, la quale in fin dei conti, almeno talvolta, non può non essere avvertita come trauma in soggetti tanto sensibili come sono sovente i tubercolosi.

E così attuai da poco più di un anno e mezzo la protoclisi calcica in vari casi di tubercolosi.

Mi valgo di una soluzione di cloruro di calcio cristallizzato chimicamente puro, al 0.40 per cento (1). Inizio con una proctoclisi di 500 cmc. al giorno, elevata in pochi giorni ad un litro pro die. Faccio praticare la proctoclisi quotidianamente per 10 giorni, poi a giorni alterni per 5-6 volte. Dopo un intervallo di 10-12 giorni, faccio eseguire altre 10 proctoclisi a giorni alterni. Qualche volta si ripete una serie di proctoclisi solo dopo un lungo periodo di riposo, talvolta invece è opportuna una 3ª serie dopo un intervallo di solo 15-20 giorni; e sempre, nelle riprese, con proctoclisi solamente a giorni alterni.

Iniziale effetto è un aumento della diuresi, ma ciò è spiccato il più spesso solo dopo le prime proctoclisi e poi per lo più si attenua e cessa.

I casi da me così trattati ascendono a 25 soltanto; e debbo premettere che non ho applicato il metodo curativo in ammalati con modeste e torpide lesioni polmonari; ma quasi esclusivamente in infermi con tubercolosi polmonare attiva, ad andamento acuto, con febbre spesso elevata.

Ora è appunto in queste forme acute, in cui purtroppo si è più che mai disarmati, che ho veduto la calcioterapia rettale apportare qualche volta risultati insperati. In tre ammalati altamente febbrili, dopo da sette a dieci proctoclisi si è avuto una remissione notevolissima della febbre: da 39°-39°,5 e più, la temperatura è scesa gradualmente a 38° e 37°-5 giungendo sino all'apiressia. E la mia osservazione collima con quella di Rosen: cioè la temperatura febbrile è più influenzata dalla calcioterapia, quando si ha il tipo continuo sia pure anche a temperature elevate; meno influenzata invece, se vi è febbre *etica*, testimoniante una infezione mista.

Talvolta però, si assiste a un'evidente remissione della febbre dopo le prime proctoclisi, poi si ha una successiva rielevazione della temperatura che talvolta cede al trattamento continuato, talvolta resta invece purtroppo invincibile, e ciò specialmente negli ammalati gravi con infezione mista.

Col cedere della temperatura, nei casi favorevoli, aumenta l'appetito; il peso del corpo si accresce. Il polso si fa meno frequente via via e più pieno. Diminuiscono i sudori profusi, così penosi per il tubercoloso ed anche scompaiono.

È interessante il fatto che la calcioterapia rettale, ha talora evidente influenza favorevole sopra la tosse, ciò che conferma quanto ha osservato Rosen per la calcioterapia endovenosa e mi sembra pure di poter confermare il rilievo fatto da Rosen, che cioè è specialmente la tosse insistente nelle forme specifiche chiuse, quella che è più beneficamente e più sollecitamente influenzata.

L'espettorazione nelle forme aperte, è resa al principio del trattamento forse più abbondante, ma molto più facile e più fluida; poi nei casi favorevoli, diminuisce via via.

Per quanto concerne i bacilli di Koch nell'espettorato, non posso per ora pronunciarmi in modo sicuro, come fa il Rosen il quale assevera la scomparsa del bacillo nell'espettorato dopo qualche mese di calcioterapia endovenosa: in qualche caso però realmente ho assistito alla rarificazione dei bacilli, che solo erano messi in evidenza con procedimenti di ricerca speciali.

Forse le mie osservazioni al proposito sono per ora di troppo breve durata e poco numerose, tanto più che la mia casuistica, pur riferendosi a forme chiuse ed aperte, è più ricca di osservazioni nelle prime che nelle seconde.

E veniamo alle eventuali modificazioni del processo locale, come si poteva arguire dalle indagini semejologiche e dal reperto radioscopico ripetuto.

Vi sono casi in cui la sintomatologia obbiettiva dell'apparato respiratorio non resta modificata, come del resto immutata rimane come ho detto, talora purtroppo la restante sintomatologia subbiettiva e obbiettiva. Vi sono però casi, in cui realmente anche il processo locale va mitigandosi e chiaramente in rapporto col trattamento: la modificazione è lenta, ma evidente.

Anzi in qualche caso che ebbi campo di seguire più a lungo, la sintomatologia obbiettiva prima esponente di processo ben attivo, a poco a poco si è ridotta fino a segni di processo modestissimo e spento.

Ripeto però, è sopratutto sulle modificazioni del decorso, che conviene insistere ancora, perchè talvolta esse sono veramente impressionanti: sotto l'azione prodotta dalla proctoclisi calcica si passa talora da un andamento acuto ad un decorso mite, cronicizzante, per cui ci troviamo così meno disarmati di fronte alla malattia: potremo aiutare quell'organismo, che ormai pareva soggiogato dal male, a trovare risorse ed energie atte a lottare e forse a vincere. È ben fisso nella

---

(1) Talvolta alla soluzione aggiungo il 4 per cento di glucosio.

mia mente il ricordo del risultato ottenuto in un giovanetto di quindici anni ed in una giovane di venti anni.

Nel primo caso una tifo-bacillosi di accentuata gravità, sboccata in una localizzazione polmonare perilare a sinistra e pleurite a destra; nella seconda, tifo-bacillosi, che dopo due mesi di localizzazioni fugaci ed incerte, aveva finito col dare una modesta localizzazione apicale destra, sempre perdurando alte temperature. Orbene in ambedue questi ammalati la calcioterapia rettale metodicamente attuata, portò un progressivo abbassamento della temperatura ed un miglioramento via via accentuatosi, fino ad arrivare nel primo infermo alla guarigione clinica, nella seconda paziente ad un decorso mite che perdura tuttora, mentre le condizioni generali e locali vanno facendosi gradualmente migliori.

*
* *

Riassumendo, la calcioterapia rettale si dimostra forse meno rapidamente attiva della terapia endovenosa di Rosen; ma ha il vantaggio di non portare traumi e di non esporre il malato ad incidenti, ai quali ha accennato lo stesso clinico russo.

Sicchè, mentre talora, specie nei tubercolosi gravi, la calcioterapia intravenosa è assai male sopportata, la calcioproctoclisi si è dimostrata sempre innocua ed ottimamente tollerata.

Non posso dire che i risultati da me ottenuti siano stati così brillanti, come quelli segnalati dal Rosen, anzi talvolta la calcioterapia non è stata di nessun vantaggio oppure ha arrecato solo un passeggero miglioramento in primo tempo. Però da quanto posso giudicare dalle mie osservazioni, il vantaggio riportato da parecchi degli ammalati, è stato evidente ed in rapporto indubbio col trattamento seguito.

Sarebbe stato utile forse di praticare indagini di laboratorio e sperimentali in via collaterale, atte a renderci conto in modo più sicuro dei fatti osservati: fin ora me ne è mancata l'opportunità. E, da poi che si tratta di una terapia innocua, seguìta talora da risultati realmente favorevoli, non ho voluto ritardare a renderla di pubblica ragione, convinto che, (facendo astrazione da eventuali appunti più o meno teorici) la calcioterapia rettale debba essere tentata e soprattutto in quei casi di tubercolosi, che si presentano a decorso acuto, in cui l'esito è assai spesso fatalmente infausto.

Genova, 18 febbraio 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI SASSOFERRATO.

Linfoma dell'intestino cieco.

Prof. dott. RANIERO CINAGLIA
libero docente e chirurgo primario.

Mi decido a pubblicare questo caso clinico perchè credo che per la sua rarità e per il risultato ottenuto meriti di esser conosciuto. Lo riferisco brevemente e semplicemente.

G. M., di anni 28, nato a Milano il 5 maggio 1895. Genitori viventi e sani. La madre fu operata di lipoma nel 1922. Il paziente ha tre fratelli e tre sorelle, che godono ottima salute; cinque fratelli sono morti in tenera età per malattie, che non sa precisare. Egli non ricorda di aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia; ricorda solo di essere andato soggetto da bambino ad una grave enterite acuta. Di poi è stato sempre bene fino all'età di 20 anni, epoca in cui, mentre prestava servizio militare nel maggio 1915, cominciò a soffrire di digestioni difficili e moleste. In seguito andò soggetto anche ad accessi di forti dolori addominali, accompagnati a vomito, che da principio si manifestava al mattino ed era composto di poco liquido mucoso verdastro ed in seguito nelle prime ore della notte e composto di residui alimentari.

Questi disturbi comparivano ad intervalli piuttosto lunghi, duravano qualche ora e non lasciavano conseguenze tanto che il paziente ha potuto continuare a prestare il servizio militare sempre in zona di guerra fino al 1919 quando venne congedato. Nel 1920 entrò in una casa di religiosi. Qui ai suoi disturbi si aggiunse la stitichezza, che è andata facendosi sempre più ostinata, mentre i dolori addominali, a forma di coliche, con arresto completo di feci e gas dall'ano sono diventati progressivamente più forti e più frequenti ed il vomito negli ultimi tempi è stato nettamente fecaloide. Impressionato da questo continuo aggravarsi dei disturbi, il paziente ricorre al nostro ospedale.

Egli è di sviluppo scheletrico regolare, con masse muscolari poco sviluppate, pannicolo adiposo scarso, cute e mucose visibili rosee.

Nulla di anormale si rileva a carico del cuore, dei polmoni, dei reni, fegato. Temperatura normale.

L'esame obbiettivo dell'addome fa notare solo un modico meteorismo e alla palpazione una certa resistenza nella fossa iliaca destra, dove il paziente dice che i dolori hanno il punto di massima intensità e dove gli sembra di avvertire l'esistenza di un ostacolo al circolo intestinale.

La storia clinica deponeva dunque chiaramente per una stenosi intestinale con crisi di occlusione completa.

Non era facile stabilirne la natura e la sede.

Il notare una certa resistenza alla palpazione nella fossa iliaca destra ed il fatto che il paziente in questa regione accusava una sensazione di ostacolo al passaggio del contenuto intestinale e localizzava il punto più forte dei dolori mi fe-

cero pensare che la stenosi dovesse essere a carico del cieco o dell'ultimo tratto del tenue. Sarebbe stato utilissimo un esame radiologico, ma la evidenza della diagnosi di stenosi intestinale con la conseguente precisa indicazione dell'intervento chirurgico me ne fecero ritenere dispensato, tanto più che per tale esame avrei dovuto inviare altrove l'infermo.

E non mi indugiai molto a tentare di stabilire la diagnosi di natura della stenosi perchè, esclusa la sifilide e l'actinomicosi, che sole potevano legittimare un tentativo di cura medica, in ogni caso la cura non poteva essere che chirurgica.

Decisa l'operazione, a questa procedo, in narcosi cloroformica, il 28 luglio 1923. Aperto l'addome con taglio pararettale destro, trovai l'ultimo tratto dell'ileo, per almeno 30 centimetri, dilatato, con le pareti ipertrofiche, ed in corrispondenza del suo imbocco nel cieco palpai attraverso le sue pareti una tumefazione, che indubbiamente doveva essere la causa della stenosi.

Procedei quindi alla resezione ileo-cecale e ad una enteroanastomosi ileo-colica latero-laterale. Chiusura del ventre a strati. Decorso post-operatorio complicato da flebite della crurale.

Il pezzo anatomico, asportato chirurgicamente, risulta costituito dell'ultimo tratto dell'ileo, per l'estensione di circa 10 centimetri, e della porzione cecale del colon ascendente.

Si riconosce l'appendice a sviluppo normale, normalmente inserita, di aspetto normale. Il mesenteriolo si mostra normale. L'ultima porzione dell'ileo appare notevolmente dilatata (almeno il doppio delle dimensioni normali) e ispessita nelle sue pareti. L'ispessimento è a carico della tonaca muscolare. La mucosa appare normale. Così pure la sierosa. Si riconoscono all'esame della superficie della mucosa due placche di Peyer e qualche follicolo agminato di aspetto normale.

L'intestino cieco si dimostra di volume normale; la sierosa appare liscia, lucente. Sezionandolo con un taglio a tutto spessore, che risale dal suo cul di sacco verso la valvola ileo-cecale, si ritrova pieno di materie fecali liquide, di colorito marrone chiaro. Allontanatele con lavaggi abbondanti si riconosce la mucosa di aspetto normale.

Nel tratto di meso inserito al cieco e non asportato con il taglio chirurgico, non si riconosce presenza di glandole linfatiche. Neppure se ne ritrovano aderenti a tutta la superficie esterna del tratto d'intestino resecato.

Aperto il lume, sia dell'ileo che del cieco, con tagli idonei, si riconosce l'esistenza di una gravissima stenosi in corrispondenza della valvola ileo-cecale. La normale struttura della valvola stessa non è più riconoscibile.

Attraverso il tratto stenotico passa a pena una paglia. La stenosi è estesa per circa un centimetro. Essa è a forma conica, con l'apice rivolto verso l'ileo. I bordi della circonferenza costituita dalla base del cono appaiono irregolari, frastagliati, ricoperti dalla mucosa, che assume in corrispondenza di essi aspetto poliposo. L'ingresso cecale del tratto stenotico appare ricco di piccoli polipi, che lo nascondono, della grandezza da una testa di spillo a quella di un pisello. I polipi si dimostrano quasi tutti forniti di un sottile peduncolo, che li unisce alla superficie della mucosa; sono per lo più rotondeggianti o a forma di pera, lisci.

Nessuna alterazione si riconosce a carico della tonaca muscolare del cieco, lo spessore della cui parete è tuttavia aumentato in toto, pur dimostrandosi la mucosa, la muscolare e la sierosa di aspetto e dimensioni normali.

Si prelevano pezzi per lo studio microscopico; un pezzo, a distanza dalla stenosi, comprendente a tutto spessore un tratto dell'intestino ileo e un altro comprendente un tratto dell'intestino cieco. Si preleva, in corrispondenza del tratto stenotico, un pezzo a tutto spessore comprendente la stenosi e le due porzioni di intestino immediatamente sopra e sottostante.

I pezzi, fissati in alcool, successivamente inclusi in paraffina, furono sezionati al microtomo.

Le sezioni, così ottenute, furono colorate con ematossilina e eosina e con il metodo di Von Gieson per le fibre connettivali.

Lo studio dei preparati microscopici fa riconoscere che le alterazioni colpiscono esclusivamente la mucosa e la sottomucosa, lasciando integre la muscolare e la sierosa. È evidente l'ipertrofia della muscolare.

Il tessuto proprio della sottomucosa è totalmente costituito da un tessuto linfomatoso riconoscibile dai follicoli solitari prossimiori, i quali si dimostrano di aspetto normale e appaiono in comunicazione con la superficie della mucosa come normalmente.

Il tessuto linfomatoso è costituito esclusivamente di elementi cellulari del tipo linfocitoide, fittissimi, e di cellule plasmatiche. Non si riconoscono in esso cellule epitelioidi nè cellule giganti. Il tessuto linfomatoso neoformato occupa tutta la sottomucosa, si insinua nel tessuto proprio della mucosa dissociando gli elementi glandolari. Si riconoscono infatti le sezioni trasverse delle glandole mucipare della mucosa del cieco dissociate e allontanate dal tessuto neoformato. In detto tessuto si riconoscono vasi sanguigni propri neoformati.

Le formazioni polipose della mucosa, già descritte in corrispondenza dell'orificio cecale del tratto stenotico, risultano istologicamente costituite da tessuto linfomatoso, che sporge nel lume cecale rivestito della mucosa iperplastica. Si nota infatti una evidente proliferazione delle glandole mucipare.

Il tratto stenotico risulta all'esame microscopico di un anello di tessuto connettivo fibroso rivestito esternamente dalla muscolare atrofica e dalla sierosa, nel cui spessore si riconoscono isole di tessuto linfomatoso con gli stessi caratteri istologici di quello descritto nella sottomucosa e nella mucosa del cieco.

Il tessuto linfomatoso non si estende al tratto di intestino soprastante alla valvola ileo-cecale. A carico di questo tratto di intestino si nota l'ipertrofia della muscolare e l'aspetto normale della mucosa e della sierosa.

Dunque per l'integrità della sierosa e della muscolare, per l'assenza di glandole linfatiche alterate in corrispondenza del tratto intestinale asportato chirurgicamente per l'integrità del mesenteriolo dell'appendice, per la presenza di vasi neoformati nel tessuto linfomatoso, per i caratteri istologici di questo, si deve escludere la possibilità di una stenosi da tubercolosi del cieco.

Il reperto isto-patologico fa pensare invece a un « linfoma dell'intestino cieco ».

L'infermo, operato, come ho detto, il 28 luglio 1923, mi ha scritto recentemente, assicurandomi che, alla distanza di 2 anni e 7 mesi dall'operazione, sta benissimo.

Il decorso lento della malattia nel nostro caso e la riproduzione del tumore non ancora manifestatasi potrebbero far nascere il dubbio sulla esattezza e attendibilità della diagnosi istologica: dubbio che il reperto negativo di lesioni specifiche tubercolari da solo non varrebbe ad eliminare perchè talora è molto difficile stabilire istologicamente la natura tubercolare di una stenosi ipertrofica del cieco.

Infatti se il più spesso ci è dato riscontrare le comuni caratteristiche tubercolari o coesistenti o isolatamente, non è raro il caso, in cui non si riscontra la presenza nè di tubercoli, nè di cellule giganti, nè di bacilli.

Weichselbaum, Bartel, Courmont e Cade hanno dimostrato che la tubercolosi è capace di produrre lesioni infiammatorie senza caratteri specifici. In alcuni casi poi i vari elementi di specificità si possono ritrovare isolati, modificati, per nulla caratteristici e solo svelabili con lunghe ricerche minute e pazienti. Fiori ricorda un suo caso personale, in cui l'esame istologico e batteriologico riuscì completamente negativo e solo la prova biologica confermò la diagnosi di tubercolosi, già del resto evidente per le alterazioni delle glandole mesenteriche. Niosi riferisce un caso identico.

Così neppure il fatto che le lesioni, riscontrate nel nostro infermo, erano limitate alla valvola ileo-cecale, è argomento sufficiente per farcene escludere la natura tubercolare. Iaboulay infatti riferisce un caso in cui il tumore tubercolare ipertrofico, mammellonato, in forma di cavolo fiore era impiantato sul labbro superiore della valvola. Un caso simile riferisce Souligoux ed un altro Michon.

Però se è sempre molto infido basare una diagnosi sopra dati rari ed eccezionali, ancora più infido, anzi erroneo sarebbe nel caso nostro, nel quale, di fronte alla negatività ed eccezionalità del reperto (assenza di lesioni specifiche tubercolari; lesioni limitate alla valvola ileo-cecale), l'esame istologico ci ha dimostrato la presenza di lesioni, che depongono per un neoplasma (tessuto linfomatoso, neoformazione vasale, ecc.).

Il decorso lento della malattia possiamo spiegarlo ammettendo che originariamente si sia trattato di un tumore benigno (papilloma, adenoma), il quale in seguito abbia subito la metamorfosi in linfoma. Così possiamo attribuire la guarigione, che si mantiene tuttora, all'intervento chirurgico generoso e precoce rispetto all'epoca della metamorfosi del tumore stesso.

COMMENTI.

Per Maurizio Bufalini.

Riceviamo e volentieri pubblichiamo:

Egregio sig. Direttore,

Leggo nel resoconto delle onoranze rese or ora in Cesena al grande nostro patologo e clinico Maurizio Bufalini, che nel suo discorso inaugurale l'esimio sig. prof. Silvagni di Bologna ha detto che « in Italia per lunghi e lunghi anni non « vi sono stati che due Maestri, che abbiano ri« cordato il Bufalini » e ha indicato, a titolo di onore, il Murri, clinico insigne, ed il Bottazzi, insigne fisiologo.

Che questi due illustri nostri Colleghi abbiano reso il dovuto tributo della loro estimazione al Cesenate, massime dedicandogli due ottimi libretti, è vero, ma io non posso accordarmi col Silvagni allorchè ad essi soli dà il merito di avere coi loro scritti e, certo, anche col loro insegnamento, mantenuta viva fra gli studiosi e i medici Italiani la memoria di Maurizio Bufalini. Io non sono un « Maestro » da pareggiare ai due dal Silvagni ricordati e lodati; ma se quarantasei anni di insegnamento possono valermi di titolo, e se tanto nelle mie lezioni come nei miei scritti, ho sempre pronunziato con venerazione ed ho rammentato con orgoglio di Italiano il nome del celebre scienziato e medico di Cesena, desidero che questo si sappia, non solo dal Silvagni, ma da quanti hanno a cuore le glorie nostrane, di cui Bufalini è tra le purissime.

Più e più volte nelle mie opere ho messo Maurizio Bufalini al livello in cui i Francesi mettono ancora oggi il loro grandissimo Claudio Bernard. Tra i libri che ho avuto sempre più cari e che tengo, quasi come testi sacri, stanno l'opera del Bufalini e quella del Bernard sul « Metodo sperimentale »; anche nella mia recentissima opera su *La Psicanalisi*, uscita nel gennaio di quest'anno ma elaborata durante il 1924 e 1925, ho inscritto (e se lo avessi potuto, lo avrei fatto a lettere d'oro) i nomi di Bernard e di Bufalini, l'uno accanto all'altro, mentre esprimo il dolore di vedere questo sommo Italiano dimenticato dagli Italiani.

Credo di essere tra i sopravviventi uno dei pochissimi, che hanno avuto l'onore di avvicinare il Bufalini negli ultimi giorni di sua vita. Ero per diventare in età giovanissima aiuto nella Clinica Medica di Firenze, la quale era allora tenuta dal prof. Carlo Ghinozzi e dal sen. prof. Cipriani, succeduti (con divisione dell'unica cattedra occupata, prima di essi, dal Bufalini), ed ebbi la fortuna

di essere presentato al venerando vegliardo, pochi giorni prima che chiudesse gli occhi alla luce, in quella sua camera semibuia dove il suo elevatissimo spirito stava per dare l'estremo anelito e ci illuminava tutti. Non dimenticherò mai la impressione profonda che mi fece quel viso scarno, affilato, in cui già si leggevano i segni della morte e in cui ancora brillavano due occhi lucidissimi, degni dello splendore del nobilissimo ingegno. Fui tra coloro che accanto al mio Maestro Ghinozzi ne acompagnarono la salma alla estrema dimora, e ho sempre serbata viva nel più profondo dell'animo la memoria di quel volto e l'eco delle flebili parole, con cui ebbe la bontà di incoraggiarmi!

E per quanto è stato in me ho sempre cercato di tenerne viva la memoria fra i miei allievi. Dal 1880, cioè da quando sono montato sulla cattedra, non è passato mai un anno senza che, discorrendo ai giovani sui progressi della Medicina scientifica, io non abbia fatto il nome glorioso di Bufalini, che merita di essere in Italia rammentato accanto a quelli di Redi, di Morgagni, di Spallanzani, di Rolando, di Renzi, di Chiarugi, Verga e Biffi, come di coloro che hanno da noi contribuito a fare della Medicina una scienza positiva, sperimentale. Sia gloria ad essi tutti, che ben rappresentano il genio immortale di nostra stirpe!

Con distinti saluti Prof. ENRICO MORSELLI.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

La importanza diagnostica dei vari sintomi della tubercolosi ilare.

(D. ZACKS, *Journal American Med. Ass.*, 27 febbraio 1926).

Fino al 1910-1911 era generalmente ammesso che la tubercolosi polmonare s'iniziasse agli apici, e che le alterazioni linfatiche fossero secondarie a quelle dei polmonari. Con i progressi dell'indagine diagnostica e sopra tutto con il sussidio fornito dalla radiologia si è potuto invece constatare che di solito l'infezione tubercolare s'inizia precocemente nell'infanzia con processi localizzati alle glandule ilari. Il processo si diffonde poi in senso retrogrado al parenchima pulmonare per dare il quadro anatomo-patologico e clinico della tubercolosi pulmonare tale quale si presenta negli adulti.

La tubercolosi delle glandule ilari dei bambini si presenta con i seguenti sintomi e segni:

Sintomi locali: Tendenza ai raffreddori, tosse, raucedine; tali disturbi possono mancare del tutto e quando sono presenti sono di solito transitori.

Sintomi generali: facile stanchezza, astenia, irritabilità nervosa, anoressia, peso normale ma più spesso subnormale, ritardo di sviluppo, raramente diminuzione progressiva di peso, perspirazione profusa senza cause apparenti, brevi periodi d'ipertermia inesplicabili, flaccidità muscolare, cheratiti, congiuntiviti, scrofuloderma, lupus.

Segni fisici: Ottusità paravertebrale, respiro normale; raramente si riscontrano rantoli, e quando sono presenti sono dovuti a cause diverse dalla tubercolosi.

Reperto radiologico: Tronchi bronchiali ben visibili e disseminati di noduli; noduli linfatici di vario numero e densità circondati da tessuto inspessito nell'ilo; ombra diffusa di varia densità in corrispondenza dell'ilo, ed eventualmente masse a contorni irregolari nei tessuti adiacenti, dovute a diffusione del processo nel parenchima profondo.

Allo scopo di saggiare il valore diagnostico di questi vari segni e sintomi l'A. ha esaminato 2285 bambini, dei quali 1176 reattori, ossia con reazione di Pirquet positiva, e 1109 non reattori, ossia con reazione di Pirquet negativa.

Innanzi tutto egli ha rilevato che nei due gruppi di bambini, reattori e non reattori, la differenza nella frequenza di alcuni sintomi (tendenza ai raffreddori, poco appetito, facile stanchezza, nervosità) è minima, e che quindi questi sintomi presi isolatamente non hanno alcun valore diagnostico. C'è però una decisa differenza nella percentuale dei bambini con peso subnormale, 64.3 % nei reattori, 49.2 % nei non reattori.

In tre gruppi di bambini, nei quali la diagnosi di tubercolosi ilare era sicuramente positiva, sospetta, e sicuramente negativa, le percentuali dei pesi subnormali si mantengono ancora differenti: 76.5 % nei positivi, 71.8% nei sospetti, 58 % nei negativi. Ma gli altri sintomi assumono un valore più deciso, in quanto le differenze nei casi positivi e negativi sono più accentuate per la frequenza della facile stanchezza, della nervosità, dei raffreddori, della sudorazione, dei terrori notturni, della tosse e della raucedine.

L'ottusità interscapolare fu trovata nel 41.9 % dei reattori e nel 35 % dei non reattori, mentre nei casi di tubercolosi ilare sicuramente positivi fu trovata nel 74 %, nei sospetti nel 51 % e nei negativi nel 27.7 %.

Fu anche studiato il valore diagnostico dei vari rilievi semeiologici soli od aggruppati nei casi positivi, sospetti e negativi. I risultati di queste indagini sono stati tali da far ritenere che per fare una diagnosi sicura è necessaria la presenza di parecchi fattori. Nel 57.3 % la diagnosi fu basata sui sintomi, sui segni fisici e sul reperto

radiologico, nel 18 % su i segni fisici e sul reperto radiologico.

Fu sopratutto precisato il valore del reperto radiologico ed infine fu determinata la frequenza di tale reperto positivo in bambini con reazione tubercolinica positiva nelle varie età dai 6 ai 15 anni.

Le conclusioni che si traggono da questo studio sono le seguenti:

Sintomi: il sintoma più importante per la diagnosi della tubercolosi ilare è il peso subnormale; seguono in ordine d'importanza la tendenza ai raffreddori, la sudorazione, il pavor notturnus, la tosse, la raucedine.

Segni fisici: il segno più importante è l'ottusità interscapolare, che fu trovata nel 70 % dei casi sicuri e sospetti di tubercolosi ilare. Quest'ottusità si rileva con una leggera percussione, ed oltre che con il fenomeno acustico si apprezza con un senso di resistenza avvertito dal dito che fa da plessimetro. Tale resistenza è dovuta a spasmo muscolare riflesso, che si verifica quando le glandule ilari sono attivamente malate. Lo spasmo è meglio apprezzato da una leggera palpazione. I rantoli non hanno alcuna importanza diagnostica in quanto si trovano indifferentemente in bambini con glandule affette e sani.

Reperto radiologico: il reperto radiologico più frequente è dato da un discreto inspessimento dell'ilo e da ombre considerate come glandule (bronchiali e mediastiniche) sparse nell'interno del detto inspessimento. Uno speciale significato hanno le linee a rosario che si approfondano dall'ilo nel parenchima polmonare, che sono interpretate come tubercoli calcificati.

La reazione di Pirquet infine si è dimostrata un pregevole sussidio diagnostico sopratutto di controllo.

La diagnosi della tubercolosi ilare dei bambini si basa sul peso corporeo in rapporto all'età ed all'altezza, su i segni fisici (ottusità interscapolare relativa), sull'esclusione di altre malattie, ed infine sul reperto radiologico e sulla reazione tubercolinica. Con questo metodo l'A. ha trovato che su 10,648 bambini 459 erano affetti da tubercolosi ilare, ossia il 5 %, percentuale che è conforme a quella trovata da altri osservatori.

DR.

ENDOCRINOLOGIA.

Disturbi endocrini di origine eredo-luetica.

(J. NICOLAS e J. GATÉ. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 1926, n. 153).

Lo studio delle endocrinopatie di origine eredosifilitica è della più grande importanza clinica e sociale per la influenza che esercitano le secrezioni interne, sia sole che associate, sulle funzioni degli organi, sull'accrescimento del corpo, sulla nutrizione, sui caratteri sessuali dell'individuo e sullo sviluppo della razza.

Tale studio però oggi non ha nè il conforto di larghe ricerche anatomo-patologiche (che per contrario o sono scarse, o sono deficienti e poco probative per le alterazioni quasi costanti dei parenchimi ghiandolari nelle condizioni legali nelle quali sono permesse le autopsie), nè quello di precise indagini cliniche. Speriamo che in un avvenire più o meno lontano i mezzi per interrogare il vivente sull'esatto funzionamento delle sue ghiandole vascolari sanguigne siano meno incerti degli attuali.

Gli AA. nella loro relazione al III Congresso dei Dermatologi e Sifilografi di lingua francese (Bruxelles, 6-8 luglio 1926) hanno riassunte e vagliate le nostre conoscenze anatomo-patologiche e cliniche sulle endocrinopatie dovute alla sifilide ereditaria, nelle tre varietà in cui questa può presentarsi: *sifilide ereditaria precoce, sifilide ereditaria tardiva, sifilide ereditaria della 2ª e 3ª generazione.*

Sifilide ereditaria precoce. Questa varietà mentre da una parte offre una ricca messe di constatazioni anatomiche del più alto interesse, dall'altra ha una scarsissima individualità clinica per la povertà dei sintomi, vaghi e di delicata interpretazione.

1) Dal punto di vista generale nelle ghiandole a secrezione interna la lues ereditaria prima determina focolai di vascolarite e perivascolarite: poi questi diventano il punto di partenza di infiltrazioni embrionarie con proliferazione di tessuto interstiziale e regressione degli elementi parenchimatosi: infine, dopo successive tappe evolutive, si ha la sclerosi ghiandolare.

Il *corpo tiroide* è molto raramente attaccato dall'eredo-sifilide. Demme, M. Garnier, Perrando, Hubschmann ne hanno studiato le lesioni anatomiche ed hanno riscontrato la presenza frequente del treponema nei capillari, nel tessuto connettivo e nelle cellule.

Le lesioni delle *paratiroidi* sono poco conosciute.

L'*ipofisi* invece ha dato luogo a constatazioni interessanti (Paris et Sabaréanu, Sabrazès et Dupérié). L'infezione o le giunga per via ematica diretta, o per via secondaria a seguito di una leptomeningite basilare, aggredisce tutta la ghiandola, ma con preferenza il lobo anteriore, e può giungere fino alla necrosi massiva dell'organo.

Sulle lesioni dell'*epifisi* mancano ricerche precise.

La *surrenale*, dopo il fegato e la milza, è la ghiandola più elettivamente toccata ed invasa dal treponema. Le lesioni vanno da una surrenalite

acuta e subacuta alle sifilosi diffuse con distruzioni massive (Sézary).

Il *testicolo* è spesso aumentato di volume, levigato o bernoccoluto, duro al taglio e congestionato. Sono rare le gomme, frequenti i fatti di vascolarite, perivascolarite e sclerosi prima perivascolare, poi peritubolare. I treponemi si veggono nelle pareti dei vasi, nel connettivo e nelle cellule (Sabrazès et Dupérié, Hoffmann, Fouquet).

Le lesioni *ovariche* sono piuttosto rare, ma bene descritte da Hutchinson, Lancereaux, P. Laffont, Hoffmann, Walters, Doutrelepont, Levaditi et Sauvage. Il treponema può riscontrarsi nei diversi punti delle ovaie.

L'eredo-sifilide dei *pancreas* fu anche essa bene studiata da Birch-Hirchffeld, Mracek, Hecker, O. Gross, Faroy, Langdon-Brown, Commandeur et Bouget. L'organo, duro, qualche volta lobulato, può presentare o lesioni gommose o di infiltrazione e sclerosi, con invasione generale di treponemi.

Nel *timo* il treponema è incostante: in esso si riscontra con frequenza la trasformazione epitelioide, la scomparsa dei corpuscoli di Hassal e le dilatazioni cistiche.

2) Di fronte a questa ricchezza di documenti anatomo-patologici e parassitologici, i quadri clinici sono oltremodo poveri. Hutinel, la cui esperienza fa autorità in materia, dice che le sindromi endocrine, all'età della sifilide ereditaria precoce, sono assenti. Il *mixedema* non si manifesta che verso il 5°, 6° mese ed anche più in là: l'eredo-sifilide precoce delle *surrenali* non ha una vera storia clinica e non è ad essa che si possono riferire le emorragie frequenti e spesso mortali dei neonati. Alcune *tetanie* e *spasmofilie* furono attribuite senza prove sicure a sifilide delle paratiroidi. Il *grosso timo*, causa frequente di morte improvvisa, si trova spesso negli eredoluetici: ma neanche qui si può parlare di sindrome endocrina.

Tuttavia nei lattanti esistono alcuni disturbi della nutrizione che con maggiore o minore ragione si sono attribuiti all'eredo-sifilide delle ghiandole vascolari sanguigne: l'*atrepsia*, l'*ipotrofia*, l'*inattitudine a vivere*, il *rachitismo precoce*, alcuni *stati linfatici*.

Sifilide ereditaria tardiva. Qui le cose vanno altrimenti. Le sindromi cliniche sono frequenti e caratteristiche; i reperti anatomici sono scarsi, o discutibili; i treponemi sono assenti. E per rendersi conto dei fatti clinici si sono create delle ipotesi. Fra queste la più attendibile è, secondo Hutinel, Barthélemy, Mariano Castex, Nonohay, Merklen, la *concezione di una eredo-sifilide endocrina distrofica*, in cui le lesioni ghiandolari sono leggiere, banali, compatibili con la vita: o, senza lesioni, si ha una semplice debolezza ghiandolare che viene messa in evidenza da una infezione qualsiasi sopraggiunta, o da una crisi fisiologica, come la pubertà: ma non ostante la lieve entità delle alterazioni ghiandolari, queste si ripercuotono sinistramente sullo sviluppo scheletrico, sulla formazione dei caratteri sessuali e sui diversi metabolismi nutritivi.

1) Sono state descritte alcune alterazioni anatomiche dell'eredo-sifilide tardiva a carico delle tiroidi, ipofisi, surrenali, testicoli, pancreas: non sono senza interesse, ma sono osservazioni isolate, e che non hanno sempre la paternità indiscutibile della sifilide.

2) Furono descritte invece molte *sindromi uniglandolari*.

a) È frequente il *mixedema*, l'*infantilismo tiroideo*, l'*idiozia mixedematosa*, alcune *sindromi basedowiane* e *basedowiformi*, e l'*instabilità tiroidea*. Accennammo già alla *tetania* e *spasmofilia*.

Le *sindromi ipofisiarie* (acromegalia, gigantismo, nanismo, sindromi adiposo-genitali, diabete insipido) non sono molto rare: ma non sempre se ne può accertare la origine eredo-luetica: ed allo stato delle cose è doveroso riconoscere che la patologia neuro-ipofisiaria è più spesso tumorale che sifilitica.

All'infuori di un caso pubblicato da Mouriquand et Manhès di sindrome adiposa-ipergenitale nel quale si può sospettare sifilide dell'*epifisi*, tutte le altre osservazioni sono vecchie e soggette a revisione.

D'altra parte la tubercolosi rivendica la maggior parte delle sindromi *surrenali*. Hutinel tuttavia ha osservato un caso di *M. di Addison* dovuto a lues ereditaria.

Nel *femminilismo eunucoide*, nell'*infantilismo regressivo* si può trovare una base eredo-luetica: non si trova nell'*agenitalismo vero degli eunuchi*. Nell'*azoospermia* poi non si può neanche parlare di sindrome endocrina.

Per quanto le *sindromi ovariche* da eredo-lues siano molto male delimitate, pure esistono dei casi di amenorrea, di infantilismo apparentemente ovarico, di sterilità completa o di aborti abituali in donne clinicamente e serologicamente sane, con mariti sani, ma con sifilide nei parenti, specie nella madre; in alcune di queste donne una energica cura antisifilitica ha permesso di portare a termine dei bambini normali.

Le discussioni sull'esistenza o meno di un *diabete infantile sifilitico* non sono chiuse: anzi recentemente Gougerot et Peyre hanno descritto una nuova sindrome ipoepinefritica associata a disinfulinismo in due soggetti eredo-luetici.

b) La sifilide ereditaria tardiva è capace di provocare parecchie *sindromi pluriglandolari* (na-

nismo, gigantismo, infantilismo, obesità, alcune astenie endocrine, alcune distrofie staturali o ponderali degli adolescenti).

c) Vicino a queste sindromi uni- e pluriglandolari bisogna dare un posto a delle sindromi meno nette dove la parte delle ghiandole endocrine resta contornata da incertezza (rachitismo tardivo, acondroplasia, osteomalacia, artriti croniche, cheratite parenchimatosa, ipotensione, acrocianosi, albuminuria ortostatica, astenia dell'infanzia e dell'adolescenza, adiposi dolorosa, adenolipomatosi e via via fino al Raynaud, all'orticaria, all'asma, ecc.). Mentre per molte di queste sindromi complesse in alcuni casi si potrebbero trovare disturbi funzionali o lesioni delle ghiandole endocrine prodotte dalla sifilide ereditaria, per molte altre è evidente che non si può andare al di là della creazione di un *terreno eredo-sifilitico*, con speciale sensibilizzazione dell'organismo, del plasma sanguigno, degli altri umori, del protoplasma cellulare, sul quale terreno un bel giorno cause morbose le più varie possono scatenare uno choc umorale o provocare una diatesi.

*
* *

Discussione a parte, esiste *una eredo-sifilide della 2ª e 3ª generazione*. Alcune volte si presenta come *distrofia endocrina* con manifestazioni caratteristiche e sensibili al trattamento antiluetico, solo o associato a cure opoterapiche. Altre volte si presenta come una distrofia ereditaria o come una debolezza ghiandolare, non suscettibile di cura e trasmettentesi da una generazione all'altra.

*
* *

Quali impressioni si ricavano da questo riassunto? La eredo-sifilide precoce, ricca di elementi anatomici, povera di elementi clinici, non porta che delle probabilità e delle ipotesi alla questione dell'eredo-sifilide endocrina. Manca la individualità della sindrome endocrina, manca la sovrapposizione del quadro clinico al quadro anatomopatologico. Si può parlare piuttosto di una setticemia generale da treponema, che ha invaso tutti gli organi, tutti i tessuti, specialmente il fegato ed il pancreas, non risparmiando le ghiandole a secrezione interna.

Nell'eredo-sifilide tardiva abbonda, è vero, il materiale clinico, ma ad esso deve accordarsi scarso valore, sia per le incertezze che regnano in endocrinologia data la complessità delle relazioni funzionali esistenti fra le varie ghiandole, sia per la fretta che hanno molte manifestazioni cliniche di schierarsi sotto la bandiera degli organi endocrini, sia per la natura infida dei testi, sia per la difficile interpretazione sull'azione di certi estratti ghiandolari che forse non sono altro che dei sottoprodotti non aventi che azione sintomatica.

Ma anche accertata la natura endocrina di una determinata sindrome clinica si può con certezza attribuirla ad eredo-sifilide, in mancanza di lesioni caratteristiche, di reperto batteriologico positivo, e di prove sierologiche? Restano sempre soli gli argomenti clinici, anche essi non sempre dimostrativi.

Però nella impossibilità e nella inopportunità di lasciare abbandonato ed insoluto il grave problema della eredo-sifilide endocrina, si impone per ora una grande prudenza se non ci si vuole smarrire nell'azzardosa estensione di un dominio alquanto misterioso e di una delicata delimitazione.

Tali riserve, imposte dal più elementare spirito critico, niente tolgono all'interesse dei fatti attualmente classificati e non potrebbero, se ad essi bene ci ispiriamo, che dare maggior valore alle conquiste che nuove ricerche possono riservarci.

Oggi abbiamo una serie di sindromi uni- e pluriglandolari e di manifestazioni endocrine più o meno false o larvate, che sembrano perfettamente imputabili alla sifilide ereditaria, la cui importanza sullo sviluppo, sulla armonia della statura e peso, sulla morfologia dell'individuo si afferma ogni giorno di più.

Una cura antisifilitica ed opoterapica è la sanzione obbligatoria di queste nuove nozioni.

PERSIA.

La valutazione farmacologica ed il significato pratico dei preparati organoterapici.

(P. TRENDELENBURG. *Deutsche med. Wochens.*, 1926, num. 1).

Non si possono ancora ritenere esaurite le possibilità dell'applicazione terapeutica dei secreti interni e questo, non tanto perchè i medici non abbiano portato l'interesse necessario a tale branca della terapia, ma perchè sono tuttora manchevoli le ricerche in proposito e, per alcune ghiandole certamente ricche in ormoni non conosciamo ancora l'azione terapeutica. La maggior parte delle sostanze finora note per la loro azione come ormoni si scinde con grande facilità nel tubo gastrointestinale ed arriva nel circolo in modo incompleto (adrenalina, lobo posteriore dell'ipofisi, insulina, ecc.). È quindi da ritenersi che la terapia ormonica potrà raggiungere un più ampio sviluppo quando si potrà dare a tutti i prodotti derivanti dalle ghiandole endocrine una forma conveniente per l'iniezione in modo da escludere la via orale d'introduzione.

La necessità di un metodo preciso per la valutazione farmacologica di questi prodotti è evidente poichè il materiale proveniente dai mattatoi presenta grandi oscillazioni nel suo valore terapeutico. Per esempio, le tiroidi dei bovini della Germania settentrionale sono più ricche in iodio e più attive contro l'ipotireosi che non quelle delle regioni meridionali; il lobo posteriore dell'ipofisi, il pancreas, il midollo delle capsule surrenali perdono in poche ore gran parte della loro attività. Inoltre durante la preparazione dei prodotti per iniezione si hanno nuove perdite di attività, variabili caso per caso, sicchè senza un'ulteriore misura dell'attività non si può dare un preparato di azione sicura ed uniforme.

Si deve quindi tentare, analogamente a quanto si fa con le droghe vegetali, di misurare anche nei prodotti animali il contenuto in sostanza attiva. Finora però noi non possediamo che un solo ormone in forma chimicamente pura, l'adrenalina, poichè è tuttora dubbio se la tiroxina esista realmente preformata nella tiroide. Per tutti gli altri non possediamo nessuna reazione che valga a riconoscerli ed a dosarne i principi attivi.

Si debbono dunque in questo campo abbandonare i metodi chimici e limitarsi a quelli farmacologici.

Potrebbe sembrare superfluo il determinare farmacologicamente il contenuto in adrenalina dei surreni o delle soluzioni del commercio in quanto che noi possediamo il metodo chimico colorimetrico, semplice ed esatto. Ma questo metodo perde già della sua precisione quando si tratta di determinare l'adrenalina negli estratti dei surreni in cui si trovano altre sostanze che rappresentano gli stadi antecedenti dell'adrenalina oppure dei prodotti di scissione. Nell'apprezzamento poi dell'adrenalina sintetica, non si possiede un metodo per differenziare quella -l- che è identica a quella naturale da quella -d- che non si trova nei surreni e che è farmacologicamente inferiore alla prima. Sicchè è necessario talora completare la ricerca chimica con quella farmacologica e si procede alla prova sulla pressione sanguigna del gatto scerebrato o del cane narcotizzato, metodo che offre non poche cause di errore e che è prescritto nella farmacopea degli Stati Uniti. In Germania, afferma l'A., le soluzioni di adrenalina hanno generalmente il titolo esatto sicchè non vi è bisogno di ulteriori valutazioni farmacologiche, ma così non è per le tavolette in cui l'adrenalina è in parte ossidata e di minor valore e per le quali quindi si renderebbe necessaria la valutazione farmacologica.

Le sostanze attive del lobo posteriore dell'ipofisi non sono ancora state isolate ed è tuttora dubbio se l'azione sull'utero, sui reni, sull'intestino, sulla pressione sia dovuta ad una sola od a più sostanze. Quello che è certo si è che tali sostanze sono presenti soltanto in minima quantità e sono molto attive. J. Abel, nei suoi tentativi di preparare una sostanza attiva chimicamente pura, pur non riuscendo allo scopo che si era prefisso, ottenne una sostanza di enorme azione sull'utero, sui reni e sulla pressione, di cui non si trovava che al massimo mg. 0.2 per ogni grammo di sostanza fresca. Un dosamento della sostanza con mezzi chimici appare pertanto impossibile, mentre è relativamente facile e sicuro il metodo farmacologico sull'utero isolato di cavia. Sottoposti a tale prova i preparati (tedeschi) di lobo posteriore dell'ipofisi si mostrarono di gran lunga inferiori alle dichiarazioni delle ditte produttrici. Così un preparato che si dichiarava corrispondente a 300 mg., si trovò invece corrispondere a mg. 2.2-3.2, un altro da 200 mg. era inferiore a 1 mg. ed uno da 100 conteneva quantità indosabili. Voetglin aveva proposto di standardizzare la preparazione, estraendo con acetone e sottoponendo poi a disseccamento e polverizzazione in modo che 7 mg. di ghiandola fresca dovrebbero corrispondere a 1 mg. del preparato (una unità). Da prove fatte però risulterebbe che tale unità corrisponde soltanto a mg. 3.5.

Non è poi ancora ben sicuro se le azioni sull'utero, sui reni e sulla pressione decorrono parallele; ad ogni modo, se anche esistono delle divergenze queste non sono molto elevate. Del resto, per l'azione sul parto, esplicantesi nella fuoriuscita della testa fetale, non sono necessarie grandi quantità, bastando quelle corrispondenti a 5 mg. di ghiandola fresca, mentre quantità maggiori possono portare danni gravi, quali la rottura dell'utero o l'asfissia del feto.

Il trattamento tanto efficace delle ipotireosi con gli estratti tiroidei ha una limitazione nel fatto che i preparati del commercio presentano notevolissimi differenze fra loro. Per il dosamento dell'attività, soccorre in questo caso il metodo chimico, con la ricerca della quantità di iodio contenuta, per cui riesce inutile la ricerca farmacologica. Questa è invece necessaria per scoprire se dello iodio è stato aggiunto artificialmente e la si pratica nutrendo dei topi con l'estratto tiroideo e saggiando la loro sensibilità all'acetone nitrilico; la tiroide aumenta in modo del tutto specifico la resistenza alla intossicazione da acetone nitrilico; il metodo è semplice e preciso.

Sono noti i metodi per la valutazione dell'ormone pancreatico, l'insulina la quale non è per nulla nota in stato di purezza, ma consta di una miscela di sostanze inattive e forse anche antagoniste che però nell'insieme hanno l'azione di

abbassare il contenuto in glucosio. Certamente sono necessarie ripetute ricerche su parecchi conigli per escludere il fattore individuale. Sono utilizzabili anche i topi.

Per tutti gli altri preparati organoterapici manca tuttora un metodo preciso di dosamento farmacologico. Per gli estratti paratiroidei sarebbe forse opportuno un metodo in cui l'azione si potesse esprimere con l'aumento del contenuto in calcio del sangue. Forse anche è da prevedere la possibilità che la somministrazione del calcio venga a sostituire in modo assai più economico quella dell'estratto paratiroideo.

Risultati ancor meno soddisfacenti danno le ricerche sui preparati ovarici per i quali ad ogni modo si dovrebbe escludere la via gastrica d'introduzione per utilizzare soltanto quella sottocutanea od endovenosa. La valutazione farmacologica potrebbe farsi studiandone l'influenza sull'accrescimento dell'utero, sui movimenti di questo e sul secreto vaginale di animali opportunamente trattati.

Gli studi recenti sul lobo anteriore dell'ipofisi hanno mostrato la sua azione di inibizione dell'evoluzione. Mancano però per esso dei metodi di valutazione farmacologica e così pure per la sostanza corticale dei surreni e per i testicoli.

Probabilmente una causa degli insuccessi che talora si hanno con l'organoterapia è da attribuirsi al fatto che non possediamo ancora dei metodi esatti di estrazione delle sostanze attive, di preparazione tale che renda non illusoria l'introduzione e di dosamento della loro attività. Il problema è del più alto interesse per la pratica medica e sarebbe desiderabile che le organizzazioni mediche si unissero per uno studio completo e razionale, in modo da portare in questo campo dei reali progressi. FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. M. BELLI. *Igiene delle navi mercantili e militari.* Un vol. in-4° di pagg. 645, con 196 fig. Società Editrice Lombarda, 1926, lire 55.

Sono trascorsi venti anni dacchè il prof. Belli, colonnello medico della R. Marina e già direttore della Scuola di Sanità Marittima, ci aveva dato una prima edizione di questo trattato, che allora era limitato alle navi militari. Nel frattempo l'igiene ha fatto grandi progressi, le costruzioni navali si sono enormemente sviluppate anche nel nostro paese, la marina mercantile ha gloriosamente preso parte alla guerra e si è rinnovata in Italia una coscienza navale, che fa bene sperare per l'avvenire. Giunge quindi opportuna e più che mai tempestiva la presente seconda edizione che è una rielaborazione completa di tutto il vasto argomento.

L'ambiente marinaresco è così speciale, tanti e così diversi sono i tipi di navi da guerra e mercantili, che ben si comprende la mole ragguardevole dell'opera, che solo uno specialista d'indiscutibile competenza — e per di più chiaro, sobrio ed elegante nell'esposizione, qual'è l'A. — poteva contenere nei giusti presenti limiti. Non si tratta qui di un compendio o di una qualsiasi più o meno abile compilazione su lavori precedenti, ma di un libro originale e direi anzi di un libro vissuto, tale e tanto è il contributo personale che, in una lunga serie d'anni, il Belli ha dato all'Igiene Navale e che qui ritroviamo condensato insieme a quello più modesto di qualche altro collega della R. Marina. Mercè sua, e fin dalla 1ª edizione, l'Italia figura in primissima linea in questo genere di studi, e, se mai, possiamo essere oggetto d'invidia.

Analizzare quest'opera prenderebbe troppo spazio; basti il dire che dalla storia sanitaria delle navi attraverso i secoli all'architettura navale, dalle caratteristiche igieniche dei più diversi tipi di navi fino ai sommergibili, dalla descrizione dei vari locali ai rispettivi ambienti di lavoro, dalle specialissime esigenze di ventilazione agli altrettanto speciali mezzi di allontanamento dei rifiuti, dal clima marino in genere alle condizioni in cui le navi si trovano nelle campagne tropicali e polari, dall'alimentazione ai disparati lavori degli equipaggi e degli emigranti, dall'assistenza sanitaria dei naviganti alle navi ospedale, dall'epidemiologia alla profilassi dei morbi infettivi a bordo, alle affezioni speciali che possono con relativa frequenza incontrarsi sulle navi (scorbuto, beri-beri, colpo di calore, mal di mare), ecc., ecc., ogni questione trova qui una esauriente trattazione e discussione, illuminate da sana critica.

Medici di bordo, ingegneri navali, ufficiali e comandanti, leggeranno con interesse e sempre con profitto questo libro scritto con stile facile e scorrevole; e, conoscendolo, lo consulteranno certo volentieri in molte circostanze della loro vita professionale.

F. RHO.

MENSE C. *Handbuch der Tropenkrankheiten.* IV. Band. III. Auflage. Lipsia, A. Barth, 1926. Mk. 66.

Continua alacremente la pubblicazione del trattato del Mense, ed il IV volume comparso ora, raccoglie, accanto a malattie proprie dei paesi tropicali, anche la trattazione di quelle forme morbose che si manifestano in ogni luogo, ma che nei paesi tropicali assumono andamento e caratteri particolari. Così trovano in esso parti-

colare svolgimento il tifo, i paratifi, il vaiuolo, la varicella, mentre altre malattie che decorrono col quadro noto e loro caratteristico hanno una più breve trattazione così come si conviene in un'opera destinata alle malattie tropicali.

Importante e diffusamente svolto è il capitolo delle forme di dissenteria dei paesi caldi, la cui trattazione è stata affidata al Ruge e al Klotzsche. In esso oltre la dissenteria bacillare e quella amebica, trovano posto anche le altre forme di dissenteria dovuta a flagellati, a coccidi, a spirilli.

Un altro capitolo è dedicato alle malattie nervose, siano esse dovute ad infezioni o ad intossicazioni, e tanto per alcune forme proprie dei tropici, come di quelle che comuni anche in altri luoghi, hanno nei paesi tropicali sintomatologia particolare.

Seguono poi i capitoli che trattano della verruca peruviana, di quelle forme febbrili dei paesi caldi caratterizzate da un decorso ciclico da pochi giorni (febbre di 1, di 3, di 5, di 6 giorni) ad un periodo più lungo (dai 9 ai 40 giorni) della dengue, della febbre da pappatacci, del morbo di Weil.

Estesa trattazione in un capitolo particolare affidato al Justi di Marburgo è stata data alle complicazioni insorgenti nel fegato e negli altri organi nella dissenteria amebica, quali l'ascesso epatico, polmonare, cerebrale, splenico, pleurico, renale, ecc., con particolare riguardo all'anatomia patologica, alla diagnosi, alla cura.

Completa questo volume il capitolo sul Kala-Azar, dovuto al Upendra Nath Brahmachari di Calcutta.

Il testo è corredato da 149 illustrazioni, da 18 tavole in nero e 11 a colori.

TRENTI.

RUGE, MÜHLENS, ZUR WERTH. *Krankheiten und Hygiene der Wärmenländer.* II. Auflage. Lipsia, Werner Klinkhardt, 1925. Mk. 30.

A 13 anni di distanza dalla prima, è comparsa alla fine del 1925 questa seconda edizione de' breve trattato sulle malattie e sull'igiene dei paesi caldi. Le varie nozioni acquisite in questo non breve periodo di tempo, sia nel campo della patologia che in quello della terapia, sono state dagli autori ampiamente svolte aggiornando completa mente il loro trattato ai risultati delle più moderne investigazioni. Così ad una più completa trattazione del capitolo della malaria, si aggiungono i nuovi capitoli del morbo di Weil, del tifo esantematico, della febbre dei sette giorni, di quella dei cinque giorni, ed è discussa l'applicazione di nuovi rimedi alla cura della tripanosomiasi (Bayer 205) e della dissenteria amebica (Yatren 105).

La particolare competenza degli autori tanto nel campo della patologia tropicale, che in quello dell'igiene, conferisce notevole valore a quest'opera che si presenta di speciale utilità per lo studioso di queste malattie.

TR.

C. MATERANA VARGAS. *Proyectos de Organizacion de la Lueha Antipaludica con aplicación a las condiciones hidrográficas y agricolas de las distintas Regiones de España.* Un vol. in-8° picc. di p. 105; Madrid 1925, Imprente de la Cindad Lincal (Lagasca, 6, Bajo).

Questo lavoro, premiato dalla Reale Accademia Nazionale di Medicina di Madrid, consta di due parti. La prima, ricca di dati, espone lo stato della malaria nella Spagna in genere e nelle singole sue regioni. La seconda parte, condotta con molta avvedutezza, esamina l'organizzazione della lotta, partendo da una formola endemiologica di Paz Soldán e descrivendo le misure dirette contro i singoli fattori della endemia.

L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Accademia Pugliese di Scienze.

Seduta ordinaria del 17 giugno 1926.

Presidenza: Prof. N. LEOTTA, Presidente.

Corionepitelioma a lunga latenza.

Prof. GAIFAMI. — L'O. presenta un caso di corionepitelioma maligno a lunga latenza, con metastasi polmonari riconosciute clinicamente e sottoposte allo studio radiologico, allo scopo di poter stabilire se, attraverso l'esame radiologico, possa riconoscervi la regressione dei focolai metastatici, dopo l'ablazione del focolaio primario. Richiama l'attenzione dei medici pratici sulla necessità di esaminare i tessuti asportati col raschiamento, esame che fatto precocemente, può dare modo di applicare sollecitamente l'intervento chirurgico, con vantaggio evidente delle inferme. Il caso in questione è stato sottoposte a radioterapia, ma l'O. non può ancora trarne conclusioni definitive.

Strati addominali e scrotali.

Dott. GIRONE. — L'O. dimostra che il connettivo sottocutaneo dell'addome si continua nello scroto nel modo seguente:

a) lo strato superficiale si interrompe a circa due dita trasverse dalla radice dello scroto;

b) lo fascia superficiale costituisce essa sola la tonaca dartos;

c) lo strato profondo dà luogo alla formazione del connettivo sottodartoico.

In quanto alla fascia cremasterica l'O. ha potuto rilevare come questa sia la continuazione diretta di una esile fascia di tessuto connettivo che dopo aver rivestito il muscolo e l'aponeurosi dell'obliquo esterno, passa al disopra dell'anello sottocutaneo addominale e si continua nella fascia cremasterica. L'obliquo esterno invece si interrompe in corrispondenza dell'anello sottocutaneo addominale.

Agenesia totale del cervelletto.

Prof. CERLETTI. — L'O. presenta l'encefalo di un soggetto che era ricoverato nell'Ospedale Psichiatrico di Milano, nel quale all'autopsia fu riscontrata l'assenza totale del cervelletto. Di quest'organo non si riscontrò che una sottile lamella ricoprente il terzo superiore della fossa romboidale e ai lati 2 foglietti appiattiti, del diametro di circa 15 mm., corrispondenti ai resti dei flocculi.

Mancava il ponte, rappresentato da un velo ricoprente le piramidi dello spessore di meno di 1 mm.

Mancava totalmente la fossa posteriore del cranio. Il caso era complicato per il fatto che si sono riscontrati rammollimenti nelle circonvoluzioni parietali e temporali a sinistra e un largo focolaio distruttivo nel centro ovale di destra, focolaio che interessava certamente le vie piramidali. Dal punto di vista clinico si avevano sintomi di lesioni piramidali al lato sinistro e una grave frenastenia. Riguardo alla funzione cerebellare, il soggetto non poteva reggersi in piedi che pochi istanti, però, appoggiandosi ai mobili ed alle mura, riusciva a muovere i passi; attaccandosi alla ringhiera, saliva e scendeva abbastanza bene le scale. I movimenti degli arti superiori erano tutti possibili e validi. Solo si aveva qualche lieve tremore.

Sulla biologia del Bacterium coli.

Dott. MILELLA. — L'O. dimostra la inesistenza della ubiguitarietà del b. coli voluta dal WEISSENFELD e KRUSE e negata dal PETRUSKY, PUSCH e NERI.

NERI ha dimostrato l'inquinamento dell'acqua ogni qualvolta trovasi minime tracce di b. coli e il poco potere filtrante del terreno, allorquando si verifica nel sottosuolo la stessa condizione. L'O., in acqua del Sele sterile in cui ha seminato b. coli fecali, ha trovato questo dopo 379 giorni; nelle ordinarie condizioni di vita, nell'ambiente esterno (terreno) lo ha ritrovato dopo 179 giorni. La sua vitalità però va man mano decrescendo come lo dimostra la diminuzione del colititolo.

Nuovi problemi di angiotettonica cerebrale.

Dott. CONIGHI. — L'O. pone i diversi problemi dell'angiotettonica cerebrale ed espone i risultati da lui ottenuti circa la costituzione del reticolo vasale sanguigno, e specialmente il rapporto interferente tra i vasi venosi ed arteriosi.

Alcune considerazioni sulla cura del diabete colla insulina.

Prof. TREROTOLI. — Riferisce i risultati ottenuti su oltre 50 casi di diabete mellito con la cura dell'insulina. Afferma che i risultati sono ottimi nel maggior numero dei casi, ma che in due infermi si è potuto osservare l'aumento della glicemia e della glicosuria, dopo dosi anche piccolissime d'insulina. Dopo alcune considerazioni sul comportamento del glucosio nell'organismo, l'O. conchiude affermando che l'insulina è una potente arma acquistata dalla scienza medica per la cura del diabete mellito, ma è un'arma che bisogna usare con prudenza e che non può darci in ogni caso la vittoria.

La soroplasmosi del coniglio rispetto alle Puglie.

Dott. RIVELA. — Dopo aver richiamata l'attenzione sopra i lavori del BUONFIGLIO riguardante questa malattia spontanea del coniglio, l'O. riferisce i risultati delle esperienze da lui eseguite su conigli di varie conigliere di Puglia, dalle quali risulta che tali coniglieri sono esenti da soroplasmosi.

Mioclonie nelle sindromi postencefalitiche.

Dott. RIVELA. — L'O. distingue le scosse miocloniche che si osservano nello stadio acuto delle cefaliti, da quelle che si possono osservare nello stadio cronico.

Dati i caratteri differenziali tra le due varie forme, attribuisce ad alterazioni corticali i fatti da lui osservati. Dott. LUIGI QUARANTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E TERAPIA.

L'arteriosclerosi addominale.

I quadri dell'arteriosclerosi addominale non sono ancora ben definiti sia per l'esame incompleto durante la vita, e la scarsità di materiale anatomo-patologico, sia per la variabilità ed incostanza delle sindromi morbose.

La celiaca nasce dall'aorta tra i pilastri del diaframma e dà origine al *tripode di Haller* (A. epatica, A. lienale, A. coronaria sinistra del ventricolo) i cui rami irrorano la parte inferiore dell'esofago, dello stomaco, la prima metà del duodeno, il fegato, la milza, il pancreas. Più in basso nasce la A. meseraica superiore che con il ramo pancreatico-duodenale irrora la seconda parte del duodeno ed il pancreas.

Queste arterie sono frequentemente attaccate da arteriosclerosi e questa dà segno di sè o con sindromi addominali lievi, vaghe e misconosciute, o con grandi sindromi da ulcerazioni, da infarto o da trombosi.

Sintomi dolorifici. Il dolore è certo uno dei segni dominanti: è un dolore accessuale, crampiforme, analogo a quello dell'*angina pectoris* e che il Baccelli designò col nome di *angina abdominis*. Il dolore, variabile per la sua intensità nell'*arteriosclerosi gastrica* si risveglia con i pasti, con gli sforzi corporei, con i patemi di animo, e si accompagna a meteorismo, eruttazioni, rigurgiti alimentari e senso molesto di pulsazione addominale.

È parimenti conosciuta una sindrome da *arteriosclerosi intestinale*, quella che l'Ortner definì: *Dispragia intermittens angiosclerotica intestinalis*, che a volte precede la trombosi delle meseraiche e la gangrena intestinale. È una specie di claudicazione intermittente dell'intestino, con crisi postprandiali di dolore più o meno intenso, vomito, nausea, eruttazioni, atonia, meteorismo: complesso morboso che a volte raggiunge tale intensità da portare al collasso.

Evidentemente il sintomo *dolore* è dovuto allo spasmo arteriale che si sovrappone e consegue alla sclerosi, generando una vera *colica vasale*.

Ulcera gastrica di origine arteriosclerotica. Molti ritengono che l'ulcera gastrica sia di origine sclerotica, nel senso che la sclerosi con le sue lesioni vasali o con lo spasmo vasale, alterando la nutrizione di alcune zone, vi produce uno squilibrio fra irrorazione sanguigna e succo gastrico, e determina così un *locus minoris resistentiae* per il facile impianto di fatti degenerativi e necrotici.

Mentre il Romberg ancora si mostra esitante ad ammettere l'origine sclerotica delle ulceri gastriche ed intestinali, l'Ott di Sassari descrive a lungo un tipo di *sclerosi gastrorragica* nel quale dopo un periodo più o meno manifesto di sofferenze stomacali si hanno emorragie spesso gravissime per erosione di un'arteria sclerotica, per rottura di un piccolo aneurisma o per usura appena percettibile della mucosa.

Sclerosi meseraiche. La sclerosi delle meseraiche può condurre alla trombosi acuta con segni gravissimi, tumultuosi, e di regola mortali. Nella chiusura per trombosi lenta si può stabilire un circolo collaterale per cui la nutrizione della parete non ne soffre.

Molti casi di glicosuria e di vero diabete furono messi in rapporto con la sclerosi delle arterie pancreatiche.

Davanti ai grandi quadri dell'embolia e della trombosi acuta, davanti all'imponenza del loro dolore si potrà restare per un momento perplessi e pensare ad una colica renale, epatica, pancreatica, ad un'appendicite; ma i segni dell'enterorragia toglieranno rapidamente l'incertezza ed imporranno la diagnosi giusta. Ma nella sclerosi intestinale e gastrica lenta e lieve più che una vera diagnosi è possibile solo un apprezzamento, una supposizione: e se non si aprono bene gli occhi per segni non spiegabili o di poca importanza ci si può trovare di sorpresa davanti alla trombosi ed all'emorragia senza averci pensato.

(Da una lezione di Giovanni Galli, *Gazzetta degli Ospedali*, 16 maggio 1926).

PERSIA.

L'ascesso subfrenico.

La maggior parte degli ascessi subfrenici è conseguenza di leggere peritoniti generali che guariscono con la formazione di raccolte circoscritte le quali possono localizzarsi nello spazio subfrenico come in qualunque altro punto dell'addome. La causa più frequente è l'appendicite; vengono in seguito anche altre malattie: infiammazioni delle vie biliari, pancreatiti, perforazioni di ulceri gastriche, o duodenali, ascessi embolici, echinococchi suppurati del fegato o della milza. La migliore conoscenza che si ha ora delle cause di esso ed il trattamento operatorio delle condizioni che lo producono fanno sì che attualmente la frequenza dell'ascesso subfrenico sia diminuita.

La diagnosi presenta difficoltà talora insormontabili. Nei casi avanzati e tipici si riesce, come osserva F. Lötsch (*Klin. Wochens*, v. III, n. 44) a determinare il reperto classico messo in evidenza da Leyden e cioè: suono normale del polmone

sano in alto; al disotto un'ottusità (essudato pleurico sintomatico) a cui segue una zona timpanica (bolla gazosa dell'ascesso) sotto la quale si ha l'ottusità della raccolta che si continua con l'ottusità del fegato. Tale reperto però si ha soltanto nei rari casi in cui è considerevole l'accumulo di gas, ciò che al giorno d'oggi accade abbastanza di raro.

Appunto per la rarità di queste suppurazioni subfreniche la possibilità che si tratti di un ascesso subfrenico si affaccia raramente alla mente del chirurgo. Invece quando, dopo un'affezione infiammatoria dell'addome e, specialmente dopo un intervento eseguito per curarla, la febbre senza causa spiegabile si mantiene alta oppure torna a salire dopo che era scomparsa mentre esiste una dolorabilità al fianco, si deve sempre pensare alla possibilità dell'ascesso subfrenico e non si deve attendere per confermare la diagnosi nè il quadro di Leyden sopra descritto, nè la comparsa della pleurite sintomatica.

Un importante mezzo diagnostico è dato dall'esame radiologico (innalzamento del diaframma, bolla di gas, livello del liquido) ma il metodo più certo consiste nella puntura esplorativa che però deve essere praticata soltanto quando dopo di essa si possa subito operare.

L'unica terapia razionale è rappresentata dall'intervento chirurgico, aprendo l'ascesso e drenando; nei casi non operati la mortalità è del 100 % mentre negli operati essa si abbassa al 50 ed anche al 33 %.

fil.

Le peritoniti gonococciche nelle bambine.

È frequente nelle bambine il contatto fortuito dell'orificio vulvare con elementi contaminati con pus blenorragico, tanto nelle famiglie quanto nelle scuole. Nella prima infanzia il contagio è facilitato dalla disposizione anatomica della vulva per la quale le grandi labbra, poco sviluppate, lasciano allo scoperto le piccole onde e facile il libero accesso nella mucosa periuretrale: d'altra parte è nota la grande recettività dell'organismo infantile pel gonococco. Su 136 casi esaminati da Riccardo Horno Alcorta (*Estudios médicos*, 1925, dicembre), 32 presentavano complicazioni peritoneali per infezione ascendente delle vie genitali, cioè il 25 %. Ma la frequenza può darsi che sia maggiore dato che non tutti i casi di vulvite gonococcica sono osservati fin dall'inizio. La manifestazione peritoneale si manifesta bruscamente: forte dolore addominale senza localizzazione precisa, con intervalli di calma: invece di nausea e vomito si osserva meteorismo addominale, con generalizzazione del timpanismo. Più tardi il dolore si circoscrive nella regione pelvica; la minzione si fa difficile, la bimba resta immobile. In tutti i casi dell'A. la febbre è stata modica, il polso frequente. Nel secondo giorno cessano le nausee, scompaiono i vomiti, la minzione è più facile. Al terzo giorno la febbre cade bruscamente, il polso torna normale. È cessato il dolore. Per la diagnosi, che non è difficile, basta accertarsi della presenza di una vulvite. La benignità del processo esclude interventi operatori; la cura consisterà nel riposo, nel digiuno, nel ghiaccio locale, nei vaccini e autovaccini.

MONT.

Sulla peritonite pneumococcica.

La patogenesi delle forme primitive è discussa, ammettendo i più che preceda sempre una setticemia, magari attenuata, di origine tonsillare, e taluno che l'invasione del peritoneo avvenga, o almeno possa avvenire, per le tube fallopiane.

La diagnosi non è sempre facile, perchè la forma è piuttosto rara: in genere i fatti locali sono poco accentuati in confronto dello stato generale; la prognosi è piuttosto sfavorevole, anche nei casi a decorso protratto.

Nella terapia prevale il concetto di non intervenire subito, ed attendere la formazione di pus franco e di aderenze, come per gli empiemi. Di dubbio vantaggio è la trasfusione di sangue, da taluno proposta.

(*Lancet*, 10 aprile 1926). DORIA.

Trattamento della forma essudativa della tbc. peritoneale con il pneumoperitoneo.

Fritz (*Med. Klinik*, 29 maggio 1925) riporta tre casi di tbc. peritoneale, nei quali l'insufflazione di aria ha portato dei miglioramenti che durano già da un anno.

L'A. riserva il pneumoperitoneo alle forme ascitiche e costituiscono controindicazioni la presenza di aderenze importanti, la tubercolosi intestinale, l'alterazione grave dello stato generale.

L'intervento può farsi con il trequarti ordinario se il liquido è molto, con quello di Salomon se è scarso. In quest'ultimo caso il p. deve essere posto in decubito laterale destro, con il bacino sopraelevato, e la puntura deve essere fatta tra la spina iliaca sinistra e l'ombelico. Il manometro deve segnare una pressione negativa, l'aria è il gas meglio adoperabile: se ne inietterà la metà del liquido estratto.

A. POZZI

Il trattamento della visceroptosi.

J. J. Conybeare (*Lancet*, 3 ott. 1925) fa osservare che la diagnosi di visceroptosi non deve essere fatta se non dopo eliminazione di ogni altra con-

dizione patologica, perchè essa viene accettata con grande facilità ed è poi in seguito assai difficile da sradicare.

Una delle condizioni che simulano più facilmente la visceroptosi è l'ulcera peptica che non va esclusa se non dopo un esame accurato che comprenda anche la radiografia. Molte volte poi la visceroptosi è apparente; così accade che gli individui con torace stretto e angolo intercostale ristretto abbiano normalmente i visceri assai più in basso che quelli a costituzione opposta.

Molto importante anche in questa malattia è la prevenzione che è assai più facile e redditizia che la cura. Una delle condizioni che danno più spesso la visceroptosi è la gravidanza, per cui si prescriverà alle donne con pareti addominali deboli o con gravidanze frequenti di stare in letto, od almeno in posizione sdraiata per una quindicina di giorni o più dopo il parto.

La cura comprende essenzialmente:

1) *Ristabilimento del tono dei muscoli addominali.* Il massaggio è utile ma di gran lunga inferiore per efficacia ai movimenti attivi; si prescriverà quindi una serie di movimenti ginnastici che, specialmente nei casi gravi e che durano da tempo, dovranno essere sul principio assai leggeri e che aumenteranno in seguito di durata e di intensità. Sono molto utili gli esercizi in gruppo poichè stimolano l'amor proprio e rendono più agevole la disciplina. Fra i vari movimenti, sono da prendersi in considerazione specialmente quelli che mettono in funzione il diaframma ed i muscoli addominali. Fra i primi, sono importanti le respirazioni fatte in posizione supina con le gambe rialzate ed il torace parzialmente fissato per mezzo delle braccia piegate sul petto; i muscoli retti vengono messi in funzione, facendo alzare la testa ed il collo alla paziente in posizione supina e facendo compiere flessioni ed estensioni della coscia nella stessa posizione.

2) *Costipazione.* Dovuta a rilassatezza delle pareti addominali, che non sono capaci di dare una completa evacuazione, secondariamente il retto diventa insensibile all'accumulo del materiale fecale. Si deve quindi fare la rieducazione della defecazione consigliando per questa un'ora fissa e proibendo l'uso di purganti; sul principio, si potrà fare qualche enteroclisma con acqua e sapone, che deve poi gradatamente essere ridotto per la quantità. Utile è anche il massaggio del colon.

3) *Supporto addominale.* Può essere di materiale elastico oppure di metallo e cuoio; quest'ultimo è più pesante ma più efficace. Non va mai portato mentre l'individuo è in letto; va applicato quando l'individuo è in posizione supina e con la pelvi rialzata, tenendo presente che i visceri vanno diretti all'indietro ed in alto.

Bisogna poi tener presente che nella vera visceroptosi tutti gli organi sono abbassati, per cui il volere rimediare all'abbassamento di uno solo porta ad un insuccesso, sebbene in parecchi casi i sintomi siano dominati essenzialmente dalla ptosi renale. La nefropessi ed, in generale, tutte le operazioni chirurgiche nella visceroptosi sono sconsigliabili ed aggravano anzi le condizioni.

4) *La dieta* deve la solita usata contro la costipazione, cioè ricca di residuo; è consigliabile l'uso di olio di vaselina due volte al giorno. Se la visceroptosi è accentuata il paziente farà bene a stare dopo i pasti coricato sul fianco destro. Nei casi gravi, si terrà il paziente in letto con i piedi di questo rialzati. Importante è anche il trattamento dello stato mentale, tanto più che spesso l'attenzione del paziente si è polarizzata sopra un dato organo (specialmente il rene), talora per una cattiva interpetrazione dei giudizi del medico da parte del paziente stesso.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Colorazione col metodo di Schulte-Tigges per il bacillo tubercolare. — Al dott. A. A., abbonato n. 10227:

Il metodo di Schulte-Tigges è una modificazione di quello di Konrich, con la sostituzione dell'acido picrico al verde malachite per la colorazione di contrasto. Esso si esegue così:

1) Fucsina carbolica calda (non bollente) per 1/2-2 minuti;

2) Energica lavatura con acqua;

3) Trattamento con solfito di sodio al 10 % fino a completa decolorazione (da qualche secondo a qualche minuto, secondo la freschezza della soluzione, che deve avere al massimo 3-4 giorni);

4) Lavatura con acqua;

5) Colorazione con soluzione concentrata di acido picrico per 5-10 secondi. (Nel metodo Konrich, invece si fa la colorazione con verde malachite per 1/2-1 minuto; la soluzione si prepara diluendo la soluzione acquosa satura a parti uguali con acqua).

Il vantaggio del metodo di Schulte-Tigges sarebbe quello di ottenere una buona trasparenza del preparato; vi sono però degli svantaggi, quali quelli di non mettere in evidenza la struttura cellulare e di non dare buoni preparati quando vi sia stato il trattamento dello sputo con antiformina.

A. FILIPPINI.

Cura medica dello xantelasma. — Al dott. Bonelli, Iefreu (Tripolitania):

Una cura medica dello *xantelasma* o *xantoma* può istituirsi solo nel caso in cui coesistano alterazioni del fegato, con le quali si possa presumere sia collegata la neoformazione cutanea, e dovrebbe essere diretta a guarire le alterazioni stesse. Non è però dimostrato che i disturbi epatici che qualche volta accompagnano lo xantoma abbiano un'influenza diretta (provocatrice?) sull'insorgere di esso, o non rappresentino invece una complicazione casuale o tutt'al più siano dovute ad alterazioni, xantomatose esse pure, del fegato e delle vie biliari.

È discutibile poi se il così detto *xantoma dei glicosurici* sia identico allo xantoma propriamente detto, da cui differisce per il decorso, la sede, il reperto istologico, gli esiti, ecc. In ogni modo è la cura del diabete quella che dev'essere istituita in questi casi.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 3096:

Le consigliamo di acquistare come manuale per le madri o l'*Igiene del bambino* del compianto prof. CONCETTI o *Il bambino* del prof. VALAGUSSA.

Può anche, se crede, rivolgersi al prof. FLAMINI, direttore del Brefotrofio di Roma, per avere la raccolta delle lezioni di Puericultura da lui tenute annualmente alle allieve che frequentano la scuola di assistenza all'infanzia del Brefotrofio.

FL.

Al dott. G. L., da C. s. B.:

Il *somnifen* è una soluzione dei sali dietilaminici dell'acido dietil- e dipropenilbarbiturico. Ha un'azione prevalentemente ipnotica e scarsamente antiepilettica inferiore a quella ben nota del luminal e del gardenal. In neuropsichiatria il *somnifen* trova le sue applicazioni nel delirium tremens, negli stati di agitazione psicomotoria o di eccitamento maniaco.

G. A.

Al dott. N. M., da F., abb. n. 12560:

Per la reazione di Wassermann, consulti: G. PISTOCCHI. *Preparazione e tecnica delle sieroreazioni per la sifilide.* L. Cappelli ed., Bologna. Prezzo L. 5. Veda anche: VIGANÒ. *Tecnica sierologica.* Istituto sieroterapico milanese.

Per la descrizione del microscopio e le indicazioni sugli ingrandimenti, oltre ai comuni trattati, consulti i cataloghi di qualche ditta fabbricante, per esempio quelli di Koristka (Milano).

fil.

Al dott. A. Z.:

Una buona raccolta di conferenze di igiene è la « Collana di conferenze di igiene scolastica » edita da G. B. Paravia (Torino, Milano, ecc.). Presso lo stesso editore è pubblicato il libro di A. SCLAVO: *Per la propaganda igienica,* da cui pure si possono trarre spunti di conferenze.

Veda anche le lezioni di igiene popolare tenute a Torino; per l'acquisto di queste, si rivolga al dott. P. Almasio presso l'Ufficio di igiene di Torino.

fil.

All'abb. n. 9849:

La questione se i medici italiani possono esercitare liberamente nel Canadà non è ancora del tutto risoluta.

C.

VARIA.

La guerra e l'eugenica.

Su questo argomento la rivista *Scientia* pubblica un articolo di F. Savorgnan di Modena.

Per accertare l'influenza del conflitto europeo 1914-1919 sulle qualità raziali dei figli nati durante il periodo bellico l'A. ha preso in esame la natimortalità, la mortalità infantile ed il peso dei neonati.

In Italia, in Francia, in Germania durante i primi anni della guerra non si ebbe aumento della natimortalità, anzi in Italia ed in Francia si ebbe una lieve diminuzione, e l'aumento s'iniziò in Francia nel 1916 ed in Italia nel 1919. Questo fatto, che sembra paradossale, può attribuirsi alla circostanza che durante la guerra, per la scarsezza di nuovi matrimoni, il maggior contributo delle nascite fu dato dalle donne anziane, che danno un coefficiente di natimortalità basso, ed alla diminuzione delle nascite di primogeniti la cui percentuale di natimorti è molto alta.

D'altra parte nonostante gli strapazzi, le fatiche, i patemi cui furono soggette le donne durante la guerra il coefficiente di natalità diminuì per quasi tutti i gruppi d'età delle madri. Ciò, osserva il Savorgnan, deve prevalentemente attribuirsi all'aumento dell'intervallo tra due parti successivi, che deve essersi verificato durante la guerra per la prolungata assenza dei mariti e per il mancato flusso dei nuovi matrimoni più prolifici. Il succedersi dei parti con minore frequenza, concedendo maggior riposo all'organismo materno, favorisce, come ritengono i ginecologi, la vitalità del feto.

La mortalità infantile da 0 a 1 anno ebbe un andamento differente nei vari Stati. In Inghilterra la diminuzione della mortalità infantile iniziatasi nei primi anni di questo secolo non subì alcuna interruzione, anzi toccò il minimo durante gli anni di guerra; in Germania non si ebbe alcun aumento della mortalità infantile, che crebbe in Francia nel 1917 e 1918 e si mantenne normale in Italia. Questa differenza si può spiegare prendendo in considerazione i metodi di alimentazione dei bambini nei vari Stati. L'esperienza storica mostra che in tempi difficili le madri allattano i propri figli con molta maggior frequenza che in tempi di prosperità, e questa diffusione dell'allattamento materno produce una diminuzione della mortalità infantile. Così avvenne nel Lancashire (1861-65) durante la così detta *cotton famine* e a Parigi durante l'assedio del 1870-71. Nei paesi anglo-sassoni, dove prima della guerra l'allattamento artificiale era molto diffuso, le ristrettezze economiche provocate dal conflitto indussero un maggior numero di madri ad allattare i propri figli, e ciò ebbe un'influenza benefica sulla mortalità infantile. Nei paesi latini invece, e particolarmente in Italia, l'attattamento materno essendo già consuetudinario, la guerra non potè produrre alcun mutamento in questo senso, e le cause d'incremento della mortalità infantile non furono neutralizzate.

Il peso dei neonati durante gli anni di guerra fu studiata da Gini in base ai dati raccolti nelle Cliniche di Roma, Padova, Bologna e Stoccarda. Il peso medio dei nati derivanti dai concepimenti avvenuti nei primi tempi della guerra risulta superiore a quello degli anni precedenti e mostra una tendenza a crescere; il massimo è raggiunto nel 1917 e 1918. Il Gini attribuisce il fatto al prolungamento dell'intervallo tra due parti e all'ordine di nascita più elevato, circostanze queste che si accompagnano sempre con un peso più elevato dei neonati.

L'esame, adunque, dei risultati di questi tre indici (natimortalità, mortalità infantile e peso dei neonati) dimostrerebbe che la guerra non produce soltanto fattori disgenici, e che questi possono essere bilanciati e anche soverchiati da altri fattori, che sono determinati dalle condizioni imposte dalla guerra stessa.

Tra i fattori eugenici della guerra va posta in prima linea la minor frequenza delle gestazioni. Il prolungamento dell'intervallo tra un parto e l'altro influisce favorevolmente sull'organismo materno a tutto vantaggio della prole.

La guerra avrebbe quindi dato una conferma al principio eugenico che la quantità e la qualità dei figli sono termini che sono tra loro in relazione inversa: l'aumento della quantità si risolve tutta a scapito della qualità.

Il Savorgnan conclude il suo articolo esprimendo la speranza che, come la generazione nata durante la guerra ha superato felicemente i pericoli che ne minacciarono l'integrità fisica, anche i concepimenti postbellici non saranno più disgenici del normale, e che la mortalità infantile — eliminate le condizioni sfavorevoli create dalla guerra — seguirà quella tendenza alla diminuzione, che dal principio del secolo XX andava accentuandosi in tutti i paesi civili. Sintomo del perseverare di quella tendenza sono alcuni dati che già si conoscono intorno alla mortalità infantile nei primi anni della pace.

DR.

Aumento della popolazione mondiale.

La Società delle Nazioni, da statistiche dei diversi Stati del mondo, ha potuto constatare che la popolazione di tutto il globo terraqueo è in aumento, e che se si continuerà per altri cento anni, il nostro pianeta avrà una popolazione di gran lunga superiore a quella che potrebbe alimentare.

Secondo queste statistiche la popolazione è il doppio di quella che era allo inizio del secolo decimonono, ed infatti mentre nel 1800 la terra era abitata da circa 850 milioni di individui, attualmente detta cifra raggiunge 1 miliardo e 700 milioni.

Il Giappone è uno dei paesi dove maggiore è l'aumento della popolazione; fra le nazioni europee soltanto l'Olanda non presenta questo incremento di popolazione.

Evidentemente la diffusione delle norme igieniche e l'impedire del propagarsi delle malattie infettive ha ridotto di molto la mortalità allungando la durata media della vita.

(Dalla *Gazz. d. Osped. e d. Clin.*).

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

XLIX. — Forma del licenziamento per soppressione di posto.

Segnalai, con altra nota, una questione che era in corso di esame in sede giurisdizionale al fine di stabilire se in quali casi sia legittimo il licenziamento deliberato da un Comune qualora sia costituito un Consorzio. Trattai allora, con una certa ampiezza, questa controversia che assume importanza pratica sempre più notevole. Mi riferivo ad un ricorso del dott. Paolo Bimbi contro il Comune di Ittiri. La decisione 14 maggio 1926 è stata pubblicata l'11 giugno, ma non risolve la questione sopra indicata, avendo il Consiglio di Stato accolto il ricorso del dott. Bimbi ed annullata la deliberazione di licenziamento per altro motivo: perchè, pur essendo stata deliberata l'adesione al Consorzio, con l'effetto della soppressione del posto di condotta comunale, il licenziamento del titolare della condotta avrebbe dovuto essere deliberato con regolare e fomale provvedimento che, nel caso in esame, trattandosi di un Commissario prefettizio, avrebbe dovuto essere ratificato dal Prefetto.

Anche questa risoluzione è importante e crediamo utile perciò di farne cenno, riportando la motivazione della decisione:

« Considerato che merita accoglimento il primo mezzo di impugnativa. Infatti anche ad ammettere che in seguito alla costituzione del Consorzio Veterinario Ittiri-Romana debbasi per necessaria conseguenza ritenere soppresso il posto di veterinario comunale, il licenziamento del dottor Bimbi avrebbe dovuto venire disposto con esplicita deliberazione dell'organo a ciò competente e nelle forme volute dalla legge.

« Il licenziamento di un impiegato stabile è un provvedimento di tale gravità che non può essere nè supposto nè sottinteso, ma deve venire esplicitamente adottato.

« La necessità di tale esplicito provvedimento risulta non solo dai principi generali ma anche dalle norme positive che regolano i rapporti di diritti ed obblighi fra il Comune ed i suoi impiegati. Così l'articolo 41 del Regio Decreto legislativo 30 dicembre 1923, n. 2839 dispone che gli impiegati del Comune *possono* essere licenziati per soppressione di posto o riduzione di organico. Dal che discende bensì la facoltà del Comune di licenziare un impiegato il cui posto è stato soppresso, ma anche l'obbligo del Comune di deliberare espressamente il licenziamento, quando lo creda nell'interesse publico. E l'articolo 131 del Testo Unico legge comunale e provinciale dei 4 febbraio 1925 n. 148 prescrive che il deliberare il licenziamento degli impiegati comunali spetta, senza ammettere eccezioni, al Consiglio comunale.

« A questa norma di diritto obiettivo corrisponde il diritto soggettivo dell'impiegato di essere licenziato dall'organo competente nelle forme legali anche quando il licenziamento sia conseguenza di un preesistente provvedimento legittimo.

« Nella specie manca invece una valida deliberazione di licenziamento, cioè, trattandosi di Comune amministrato da Commissario prefettizio, una deliberazione di esso Commissario coi poteri del Consiglio comunale ratificata dal Prefetto, come ordina l'articolo 102 del R. D. legislativo 30 dicembre 1923 n. 2839.

« In mancanza di tale atto, capace di por fine al rapporto di impiego, il Commissario prefettizio non poteva per semplice lettera e senza previa ratifica del Prefetto, dichiarare il dottor Bimbi « cessato dal servizio di veterinario comunale ».

« La G. P. A. ha quindi errato nel ritenere che le lettere 19 e 31 dicembre 1924 del Commissario prefettizio costituissero un legittimo provvedimento di licenziamento e pertanto la decisione impugnata devesi annullare.

« Facendo poi quello che G. P. A. avrebbe dovuto fare, si deve accogliere il ricorso ad essa proposto e si debbono anche annullare le lettere commissariali dei 19 e 31 dicembre 1924, in quanto le stesse dispongono il licenziamento del ricorrente dal posto di veterinario comunale ».

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Vigilanza sul tracoma.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica), in una circolare ai Prefetti tratta della profilassi del tracoma:

« Particolare vigilanza sanitaria raccomandasi di esercitare sugli Stabilimenti industriali, in relazione alla immigrazione di personale affetto da tracoma, proveniente da località colpite da grave oftalmia.

« Gli Uffici d'Igiene rammentino ai signori Medici in genere ed a quelli particolarmente addetti al Servizio Sanitario in stabilimenti industriali, officine, laboratorî, cantieri, Collegi, Asili, Scuole private, ecc., che assistono famiglie operaie, specie se abitanti in case popolari, che prestano servizio presso Ambulatorî ospitalieri e policlinici, che la denunzia dei casi di tracoma è obbligatoria e che essa deve essere sollecita anche nei casi dubbi, affinchè gli Uffici possano prendere d'urgenza i provvedimenti profilattici del caso ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVIGLIANO (*Potenza*). — Scad. 15 ag. Ab. del capoluogo 13,733. Per una fraz. del capol.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; addiz. L. 5 oltre 1000 pov.

BELLUNO. *Ospedale Civile*. — Direttore Gabinetti per esami microsc., batteriol., chim. clinica e istol. patolog. Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 15 ag.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; se uff. san. L. 200 (*sic*); eventualm. indenn. ambulat.; p. trasp. L. 1000-3000; c.-v.; età lim. 45 a.; tassa L. 50.10.

BORMIDA (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 1200.

CASTIGLIONE DEL GENOVESE (*Salerno*). — Scad. 20 ag.; L. 6000 (*sic*) e 4 quadrienni; L. 3 capitarie oltre il 20 % popolaz.

CATANZARO. *Congregazione di Carità*. — Medico prim. dell'Osped. Civ.; L. 6000; scad. 15 ag.; età lim. 45 a.; assistentato in clinica universitaria od ospedaliera; docum. a 3 mesi; età mass. 45 a. salvo i concorr. che provengano dall'Osped. di Catanzaro o da cliniche universitarie; biennio di prova; servizio entro 15 gg.

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Concorso per titoli e per esami a tre posti di medico assistente pel biennio 1926. Scad. 31 ag. Stip. L. 1800 (*sic*) annue e percentuale sui compensi operativi.

FORANO (*Roma*). — Scad. 31 ag.; L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadr. dec.; L. 1800 cavalc. per fraz. Gavigliano; L. 400 uff. san.; c.-v.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.10.

FROSINONE (*Roma*). — Scad. 31 ag.; 3° quartiere; L. 8500 e 5 quadr. dec.; addiz. L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000.

IMOLA. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 31 ag. ore 17; med. prim. dirett. dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta; L. 10,800 e 6 trienni dec., oltre L. 1800 indenn. carica e due c.-v. aumentati del 30 %; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10. Chiedere annunzio.

MIGNANEGO (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; indenn. trasp.; per uff. san. L. 500.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per Avigliano Umbro; proroga al 31 ag. Vedi fasc. 30.

NACLE S. MAURIZIO (*Venezia Giulia*). — Al 25 ag.; consor. 6 com.; età lim. 35 a. al 25 ag.; kmq. 163; collina; ab. 6651; pov. 400 e di passaggio; L. 12,000 oltre i c.-v. di Stato e L. 1500-3000 trasp.; 4 quinq. dec.; L. 1400 se uff. san.; L. 1800 indenn. alloggio; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Al 19 ag.; vedi fasc. 28.

PADOVA. *Ospedale Civile*. — Med. prim. dei riparti per tubercolosi. Scad. 10 ag. Vedi fasc. 27.

PARMA. *Ospizi Civili*. — 4 assistenti nell'Osped. Maggiore. Scad. 16 ag. Vedi fasc. 30.

PIACENZA. *R. Prefettura*. — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000, 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; vedi fasc. 29.

SENOSECCHIA (*Venezia Giulia*). — A tutto 31 ag.; vedi fasc. 29.

SINALUNGA (*Siena*). — Scad. 31 ag.; capol. (parrocchia di S. Martino); ab. 1300; età lim. 35 a.; L. 8000 e 6 quadr. dec., oltre c.-v. in L. 2600; tassa L. 50.15.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Sortino. Scad. 45 gg. dal 2 luglio. Vedi fasc. 29.

TARZO (*Treviso*). — A tutto il 20 ag. Per schiarim. rivolgersi alla segreteria.

TREVISO. *Opere Pie Riunite Ospedale Civile ed Istituto Esposti con Maternità*. — A tutto 10 ag. Direttore medico anatomico; vedi fasc. 29.

VERONA. *Scuola di Ostetricia*. — Direttore. Scad. 31 ag. Rivolgersi al Ministero della P. I.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). Al 15 ag.; v. fasc. 29.

CONCORSI A PREMI.

Concorso a 16 posti gratuiti d'alunno di Fondazione Ghislieri.

È bandito il concorso presso il R. Collegio Ghislieri in Pavia, per il prossimo anno accademico 1926-27, a 16 posti gratuiti di alunno di Fondazione Ghislieri per studenti ammissibili o già iscritti ad un corso universitario nella R. U. di Pavia per il conseguimento di una laurea. Gli esami avranno luogo in Pavia dopo il 15 ottobre p. v.

in giorni da destinarsi e consisteranno in una prova scritta e in tre prove orali. La prova scritta è stabilita, per tutti i concorrenti, nello svolgimento di un tema di composizione italiana; le tre prove orali, per i concorrenti già iscritti o che abbiano dichiarato di volersi iscrivere alla Facoltà di medicina e chirurgia, consisteranno nei tre esami di fisica, scienze naturali (botanica, zoologia e fenomeni biologici più notevoli) e di storia generale (comprese le nozioni fondamentali di storia delle istituzioni, della letteratura italiana e dell'arte), con facoltà di optare fra quest'ultimo esame e quello di filosofia ed economia politica. Inoltre il candidato potrà essere sottoposto ad una discussione orale sul tema da lui svolto come prova scritta.

Per l'ammissione al concorso gli aspiranti dovranno inviare i documenti necessari all'Amministrazione del R. Collegio Ghislieri in Pavia entro il 19 agosto p. v.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Si è chiuso il concorso per otto posti di aiuto chirurgo negli ospedali di Roma, col seguente risultato: 1) Stoppoloni Aurelio, punti 71; 2) Bani Ugo, 66; 3) Petta Giorgio, 64; 4) Colucci Carlo, 64; 5) Valentini Fabiano, 63; 6) Mingazzini Ermanno, 63; 7) Scollo Giuseppe, 63; 8) Tirelli Severino, 61.

Rallegramenti cordiali.

È stata conferita al prof. comm. Libero Bergesio di Torino, la medaglia d'argento al Merito della Sanità Pubblica.

Il Bergesio è il direttore sanitario dell'Ospedale Maria Vittoria, che egli fondò, col prof. Berutti, nel 1881; è presidente della Società Piemontese d'Igiene, vice-presidente dell'Accademia di medicina di Torino, e copre altre cariche importanti.

Il Ministro di Grazia e Giustizia ha assegnato il diploma al merito della Redenzione Sociale di primo grado — medaglia d'oro — alla signora Giulia Civita Fraschi, direttrice della Nave Asilo « Caracciolo » di Napoli.

Il prof. avv. Silvio Lessona è stato chiamato a far parte del C. S. S. fino al 31 dicembre 1926.

Il dott. Antonio Fanoni è stato insignito della commenda della Corona d'Italia, per la sua opera a favore dell'Ospedale Italiano di New York e per i benefizi recati alla nativa Settefrati (Salerno)

Il prof. J. A. Clark è stato chiamato a succedere al prof. Arthur R. Cushny sulla cattedra di materia medica e farmacologia dell'Università di Edimburgo.

Il dott. Vicente Calvo Criado è nominato professore di patologia medica presso l'Università di Cadige.

NOTIZIE DIVERSE.

Conferenza sanitaria internazionale.

La Conferenza sanitaria internazionale indetta a Parigi dal Governo francese, per la riforma della Convenzione sanitaria del 1912, ha posto fine ai suoi lavori. Vi hanno partecipato 72 Stati, con 163 delegati.

La nostra Delegazione era così composta: dott. Alberto Lutrario primo delegato; generale medico Repetti; colonnello di Porto Huetter; primo segretario d'Ambasciata dott. Rocco; vice-prefetto Cancelliere e delegato sanitario all'estero comm. Druetti.

I lavori si sono svolti con operosa alacrità. Ne daremo prossimamente un resoconto.

Alla chiusura di un banchetto è stato inviato un messaggio al Primo Ministro d'Italia on. Mussolini, il quale ha fatto telegraficamente ringraziare della gentile manifestazione di omaggio al Governo da lui presieduto.

Il Congresso medico argentino.

Dall'8 al 18 luglio si è svolto a Buenos Aires il III Congresso medico argentino, consacrato prevalentemente allo studio della malaria; è stato presieduto dal prof. C. Bonorino Udaondo. La delegazione italiana, composta del prof. Vittorio Ascoli, direttore del nostro giornale, del prof. Giulio Alessandrini e del dott. Arnaldo Pozzi, è stata calorosamente accolta e fatta segno di manifestazioni cordiali di stima e di simpatia.

Contemporaneamente hanno avuto luogo la quarta Conferenza sud-americana d'igiene, microbiologia e patologia, presieduta dal direttore generale della Sanità pubblica prof. G. Araoz Alfaro, e un'adunanza sull'insegnamento medico, presieduta dal prof. D. J. Cranwell.

Daremo prossimamente ampie notizie del primo di questi convegni.

Le " Journées Médicales „ di Parigi

si sono tenute, con grande *entrain*, dal 15 al 19 luglio; ne daremo presto un resoconto.

Il VII Congresso Italiano di Radiologia Medica.

avrà luogo in Napoli presso la R. Università degli Studi (Corso Umberto I), durante i giorni 14, 15, 16 ottobre 1926. I temi delle relazioni sono: 1° « Apparecchi ad altissimo potenziale e radiazioni », prof. Adinolfi dell'Istituto di Fisica della R. Università di Napoli; 2° « Mezzi di contrasto nella Roentgendiagnosi delle lesioni polmonari », prof. Rossi della R. Università di Parma; 3° « Direttive radiologiche (Roentgen-Radium) nella cura del cancro »: Roentgen: prof. Epifanio della R. Università di Palermo; radium: prof. Lupo della R. Università di Torino.

Una mostra di negativi, dispositivi, positive, ecc. completerà le dimostrazini scientifiche ed il-

lustrerà i progressi raggiunti dalla Radiologia Italiana. Ad essa potranno partecipare gratuitamente tutti gli inscritti al Congresso. Vi sarà inoltre un'esposizione delle principali case Italiane ed Estere produtrici di apparecchi ed accessori per la Radiologia medica.

Per informazioni, schede d'iscrizioni, ecc. rivogersi alla Segreteria del Congresso (Istituto di El. e Radiologia della R. Università, S. Andrea delle Dame, 2).

Congresso francese di Urologia.

Il 26° Congresso dell'Associazione francese di Urologia è convocato a Parigi, presso la Facoltà di Medicina, per il 15 ottobre, sotto la presidenza del dott. Marion. Tema in discussione: «Il riflesso vescico-ureterale», relatore Lepontre di Lilla. Per informazioni rivolgersi al segretario generale O. Pasteau, avenue de Villars 13, Paris 7e.

Congresso francese di Otorinolaringologia.

Si terrà a Parigi, presso la Facoltà di Medicina, dal 13 al 17 ottobre, sotto la presidenza del prof. Sebileau. Temi: 1) «Tecnica delle correzioni chirurgiche delle deformità congenite e acquisite della piramide nasale», relatori Sebileau e Dufourmentel di Parigi; 2) «La laringologia e il canto», relatori Moliné di Marsiglia e Moreaux di Nancy. Come negli anni precedenti, sarà organizzata un'esposizione di apparecchi, strumenti, libri e prodotti farmaceutici. Per informazioni rivolgersi al segretario generale, Georges Liébault, boulev. St. Germain 216, Paris 6e.

Congresso britannico di Oftalmologia.

Si è svolto a Oxford dal 15 al 17 luglio; sono stati discussi i temi: «Oftalmia simpatica», «Anatomia e fisiologia dell'accomodazione».

Congresso spagnolo di Neuropsichiatria.

Dal 21 al 23 giugno si è tenuta a Barcellona la 1ª adunanza annua dell'Associazione Spagnola di Neuropsichiatria. Temi discussi: «Progetto di creazione di una Lega spagnola d'igiene mentale»; «Necessità urgente di una revisione totale della legislazione relativa agli alienati»; «Piano moderno d'assistenza agli alienati»; «Creazione di un corpo di medici alienisti»; «Insegnamento della psichiatria e neurologia».

Congresso medico australiano-neozelandese.

Si adunerà a Dunedin (Nuova Zelanda) nel febbraio del 1917, sotto gli auspicî dell'Associazione Medica Britannica; sarà il secondo della serie.

L'Accademia americana di Oftalmologia e Otolaringologia

terrà la sua 35ª adunanza annua a Colorado Springs, dal 13 al 18 settembre. Ospite d'onore sarà Basil Graves di Londra, che terrà il discorso inaugurale.

Il giorno dell'inaugurazione verrà solennizzato da un torneo di golf; esso viene organizzato dal dott. Frank L. Dennis (Fergusson Building 301, Colorado Springs, Col.).

Una mostra dell'assistenza all'infanzia.

Dopo aver esposto il proprio materiale illustrativo alla mostra annessa al Congresso dell'Association Internationale pour la protection de l'Enfance, l'Opera Nazionale per l'assistenza all'infanzia del Belgio e quella della Svizzera hanno esposto lo stesso materiale, importantissimo per la ricchezza della documentazione dell'opera svolta rispettivamente dai due paesi, al Comitato Centrale della C. R. I. in Roma (via Toscana).

Questo materiale era costituito da una serie di quadri fotografici, di albi e di disegni e raccoglieva quanto era stato fatto nel Belgio e nella Svizzera a favore dell'infanzia. Bellissime nella raccolta del Belgio le fotografie delle colonie di Calmptbouts, di Dougelberg, di Knocke s. mer, e quelle delle *crèches*, delle case di maternità ecc. Molto importante una ricca collezione di fotografie di bimbi affetti da lesioni oftalmiche e da disturbi per cattiva nutrizione.

La Svizzera espone magnifici albi dell'Istituto ortopedico Balgrist di Zurigo e del Dispensario di S. Gallo, della scuola infermiere per gestanti e nutrici pure di S. Gallo, colonie agricole e professionali, istituti per epilettici, per sordomuti, per ciechi, *crèches*, colonie. Molto interessanti le raccolte di cartoline illustrate e di francobolli stampati a favore dell'Opera di assistenza all'infanzia.

La mostra è stata molto ammirata.

Commissione centrale sanitaria per il Dopolavoro.

La Commissione Centrale Sanitaria dell'Opera Nazionale Dopo-lavoro ha inaugurato i suoi lavori. Alla riunione erano presenti il prof. Arnaldo Fioretti presidente della Commissione e segretario generale della Corporazione nazionale sanitaria; il prof. Tito Gualdi, membro-segretario; il comm. Alessandro Messea, direttore generale della Sanità pubblica; il prof. Giovanni Loriga; l'on. prof. Alessandro Guaccero; il gr. uff. Mario Giani, consigliere delegato dell'O. N. D. La Commissione dopo avere esaminato una chiara relazione presentata dal prof. Gualdi, nella quale vengono illustrati i provvedimenti di più urgente attuazione per la assistenza igienica e sanitaria del lavoratore nella sua vita sociale e domestica, ha stabilito di nominare in ogni provincia dei propri fiduciari i quali dovranno presentare subito una memoria sulle condizioni igieniche della zona di loro giurisdizione e sui mezzi più acconci per porre riparo alle eventuali deficienze.

La Commissione ha deliberato di svolgere il suo lavoro in collaborazione colla direzione generale della Sanità.

Su proposta del prof. Fioretti è stato infine approvato un ordine del giorno nel quale si chiede che nella preparazione di films per la propaganda igienica e sanitaria venga sentito preven-

tivamente il parere tecnico della Commissione stessa.

Prima di sciogliere la seduta vennero spediti dei telegrammi di omaggio al Duca d'Aosta, presidente effettivo dell'O. N. D.; all'on. Mussolini ed ai ministri Federzoni e Belluzzo.

Scuola assistenti sanitarie della Croce Rossa Italiana.

La Scuola Assistenti Sanitarie della C. R. I. in Roma ha chiuso il suo VIII Corso. Le Allieve presentate agli esami sono state tutte approvate con ottima votazione, alla presenza del Delegato della Direzione Generale della Sanità Pubblica prof. Mario Collina e della Commissione Esaminatrice composta dei vari Insegnanti della Scuola.

Gli esaminatori si sono rallegrati con il Comitato e con la Direttrice signorina Leonesi, per l'indirizzo del Corso, durante il quale quest'anno è stato dato maggiore sviluppo alla applicazione pratica nel campo dell'assistenza sociale, preparando le allieve a svolgere il loro compito nella prevenzione e nella profilassi delle malattie sociali, nel servizio rionale a domicilio, e negli ambulatori specializzati, nell'assistenza all'infanzia ed all'operaio, nella Scuola e nell'officina.

Il Comitato A. S. manda un vivo ringraziamento per l'opera preziosa e disinteressata, a tutti gli Insegnanti dela Scuola, professori: Signorelli (Consulente tecnico della Scuola); Crainz, Artom, Ronchi, Maggiora, Levi della Vida, Carlo de Sanctis, di Marzio, Ilvento (che si è particolarmente occupato dell'assistenza scolastica e della medicina sociale) dott. Giannini che ha svolto interessanti lezioni sulle Assicurazioni sociali e sulle malattie del lavoro.

Le iscrizioni per il nuovo corso si ricevono presso il Comitato Centrale della C. R. I., Via Toscana 12 e presso la Scuola A. S. in Via Baglivi (angolo Piazza Sassari).

Secondo il Decreto Legge non sono ammesse al Corso che le infermiere provenienti da Scuole Convitto.

Propaganda contro il cancro.

« Humanitas » di Faenza, diretta dal dott. Angelo Lama, pubblica un numero di propaganda contro il cancro; contiene decaloghi, notizie utili, articoli del prof. A. Vernoni e del dott. Lama, ecc. È posto in vendita al prezzo di 50 cent.; l'incasso va a beneficio dell'Assistenza Infermi Poveri a Domicilio e del « Pronto Soccorso » della Città.

Nella stampa sanitaria.

È comparsa la nuova rivista « Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire », fondata da Emile Sergent e Th. Tuffier, con un denso comitato di redazione; redattori-capi ne sono Pierre Pruvost e Jean Quénu; è edita da G. Doin & Cie di Parigi. Si propone di raccogliere gli studi e le investigazioni compiute, parallelamente, da fisiologi, da internisti e da chirurgi, onde precisare, estendere e rinnovare le nozioni già acquisite sugli organi della respirazione. Si pubblica in fascicoli bimestrali.

La « Internationale Radiotherapie », fondata e pubblicata da J. Wetterer di Mannheim, esce in volumi annuali che raccolgono quanto si pubblica in tutto il mondo sulla reentgen-, curie-, foto- ed elettroterapia; il primo volume, ora pubblicato, comprende parecchie migliaia di recensioni, 20 riviste sintetiche e un'appendice sulla « roentgenterapia dei dermatologi ». È edita dalla L. C. Wittich'schen Hofbuchdruckerei di Darmstadt; prezzo 48 R. M. fino al 15 sett., dopo di che sarà portato a 64 R. M.

« La Croce Rossa Italiana », pubblicazione mensile del Comitato Centrale (Roma, via Toscana 12), ha prevalentemente scopi di propaganda: far conoscere l'Associazione, promuovere la lotta contro le malattie evitabili e la tutela dell'infanzia, dettare norme e consigli che valgano a formare una coscienza igienica sociale. Abbonam. annuo L. 15 (sostenitore L. 50); ai soci L. 5; un fascicolo separato L. 1.50; estero il doppio.

Auguri cordiali per la provvida iniziativa.

Dono all'Università di Roma.

Un anno fa il dott. Enrico Federici, assistente del sen. Fano, prendendo un bagno nelle acque di Wimereux, ove si trovava per compiere alcuni studi scientifici, miseramente annegava, spezzando una vita cara a quanti lo conobbero e preziosa per la scienza.

La famiglia ha voluto che la sua memoria rimanesse indelebile nell'Istituto di Fisiologia Generale dell'Università Romana, offrendo alla Biblioteca di questo i libri del povero estinto, che sono tangibile manifestazione dell'ampiezza e varietà della sua coltura.

Quei volumi portano un « Ex-libris » eseguito ed offerto dalla mano maestra ed ispirata di Aristide Sartorio, che aggiungono una nota d'arte a quelle pagine.

All'Istituto Forlanini di Pavia.

L'11 luglio ebbe luogo, all'Istituto Forlanini per la lotta antitubercolare, l'inaugurazione del Dispensario « Ernesto Brugnatelli » e dell'Infermeria « Filippo Corridoni » la quale è destinata ad ospitare i lavoratori di ogni categoria della provincia. Una folla di autorità e d'invitati assistette alla cerimonia. Parlarono il cav. Maioli, presidente della Congregazione di Carità, l'on. Bisi e il prof. Morelli, direttore dell'Istituto.

Vennero poi inaugurate due lapidi, nell'atrio d'ingresso, una dedicata alla memoria di Carlo Forlanini, l'altra a ricordare una visita del Re.

Per l'Ospedale Civile di Genova.

Il Rotary Club di Genova ha acquistato, mediante sottoscrizione, 200 milligrammi di radio e li ha donati all'Ospedale Civile.

Per il Manicomio di Girgenti.

Il presidente dell'Amministrazione provinciale di Girgenti ha pubblicato gli avvisi per l'asta pubblica per l'aggiudicazione della costruzione d'un Ospedale psichiatrico in Girgenti.

La base dell'asta è di L. 8,365,097.38.

Ingrandimento di Università americane.

Il 1° maggio si è chiuso il primo anno della sottoscrizione promossa dall'Università di Pennsylvania allo scopo di raccogliere, entro lo spazio di un quinquennio, la somma di 45,650,000 dollari, pari a circa un miliardo e mezzo di lire it., destinata a ingrandire e rinnovare l'Università.

Il primo anno ha fruttato 7,500,000 doll., pari a oltre 200 milioni di lire it., versate da 10,868 sottoscrittori, di cui 10,467 ex allievi dell'Università.

I signori F. W. e H. S. Vanderbildt hanno elargito 500,000 dollari, pari a circa 15 milioni di lire it., per ricostruire l'ambulatorio Vanderbildt, che formerà parte del nuovo centro medico dell'Università Columbia di New York. Il detto ambulatorio venne stabilito nel 1886 dai quattro fratelli C., W. K., F. W. e G. W. Vanderbildt ed ha sempre formato parte integrante dell'Università.

Questa ha anche ricevuto, da un anonimo, la somma di 125,000 dollari, pari ad oltre 3 milioni di lire it., perchè venga spesa a discrezione della Giunta dei Reggenti, a benefizio della Facoltà di Medicina.

Per un ministero di igiene, previdenza ed assistenza sanitaria.

L'8° Congresso Medico Calabro-Siculo, tenutosi a Messina dal 29 aprile al 1° maggio ha approvato all'unanimità, su proposta del dott. Gioacchino Bartolone, un ordine del giorno con cui « considerando che i servizi sanitarî dello Stato, ai quali ha dato nuovo impulso il Governo Nazionale, si trovano solo in parte accentrati nella Direzione generale di Sanità presso il Ministero dell'Interno, fa voti che gli Ordini dei medici ed i Sindacati facciano anche essi presente al Governo Nazionale l'opportunità, anzi la necessità, che tutti i detti servizi siano concentrati in un nuovo Ministero di sanità, di igiene e di assistenza sociale ».

Pel monumento a Guido Baccelli.

In seguito a dimissioni presentate dal Comitato che a suo tempo si costituì in Roma per la erezione di un Monumento a Guido Baccelli, il Governatore ha recentemente deliberato che il Monumento all'insigne cittadino dovrà sorgere in prossimità del Policlinico e della futura Città Universitaria da lui superbamente ideata ed attuata. Nel tempo stesso ha affidato incarico al prof. Ascoli, già presidente del Comitato predetto, al sen. Corrado Ricci e al marchese Giorgio Guglielmi di promuovere la raccolta dei fondi, in aggiunta a quelli già esistenti, di proporre definitivamente la località precisa in cui dovrà sorgere il Monumento e di bandire il concorso o provvedere alla preparazione dei bozzetti nel modo che il Comitato riterrà più opportuno. E così la questione del Monumento a Baccelli sarà finalmente risoluta.

In memoria del prof. Weill.

Per onorare la memoria del prof. Eduard Weill, si è inaugurato all'Ospizio della Carità a Lione, nella sala che il compianto maestro della medicina infantile dirigeva, un medaglione di bronzo. Parlarono Eduard Herriot, ricordando le doti dell'estinto, il prof. Mouriquand, successore del Weill alla cattedra di medicina infantile, e Hugounenq, ex decano della Facoltà di medicina, che parlò della Fondazione E. Weill, i cui redditi serviranno a promuovere ricerche sulle malattie dell'infanzia, specialmente sui disturbi di nutrizione. Hugounenq, poi, offrì al decano attuale, prof. Lépine, un piccolo medaglione, fac-simile di quello inaugurato.

Vittima del dovere.

È stata conferita la Legion d'Onore alla memoria di Santiago Loeb, interno dell'Ospizio di Bicêtre, morto di una scarlattina contratta in servizio. Il direttore dell'Assistenza pubblica depose l'alta onorificenza sulla bara, alla stazione di Lione-Mediterraneo, d'onde la salma partiva per il paese natale.

Un perfezionamento dell'elettrocardiografo.

Il « Journal A. M. A. », sempre ricco di notizie, informa che il dott. Toyoya Yasuhara, direttore del Laboratorio clinico di Osaka, ha ideato un nuovo apparecchio il quale è così piccolo che può essere manipolato da un'infermiera e traccia direttamente le curve eliminando i fastidi e le difficoltà della fotografia.

Peste e colera in Russia.

I giornali recano che la peste fa stragi nella regione degli Urali; malgrado le misure adottate e l'invio di numerosi sanitarî, ha varcato il confine montano e si avanza verso la Russia centrale; per il prossimo inverno si prevede una violenta ripresa e diffusione dell'epidemia; intanto il colera, proveniente dall'India, attraverso l'Asia minore, ha raggiunto il Caucaso e batte alle porte di Tiflis, Bakum e Erzerum.

Disciplinamento della vendita dei prodotti barbiturici in Inghilterra.

In seguito a numerosi casi di avvelenamento prodottisi negli ultimi tempi, sia a scopo suicida, sia per disattenzione, si è tenuta in Inghilterra un'adunanza di rappresentanti del Ministero dell'Interno, del Ministero di Sanità, dei farmacisti e dell'Associazione Medica Britannica, per discutere le misure da adottare sulla vendita dell'acido dietilbarbiturico e dei derivati alchilici, aciclici o

metallici, noti come veronal, proponal, medinal, dial ecc. Si è deciso che questi prodotti verranno considerati come velenosi; quindi non ne verrà consentita la vendita se non in seguito a prescrizione del medico, ovvero ai medici, od anche in seguito ad autorizzazione speciale; le prescrizioni devono portare la data, il domicilio del medico, il nome e il domicilio del paziente e la quantità totale di rimedio che potrà essere somministrata.

Per lo studio delle calvizie.

Negli Stati Uniti una donazione iniziale, pari a circa 25,000 lire italiane, darà origine ad un « Istituto d'investigazioni capillari » in cui verranno studiate scientificamente le cause della calvizie e altre alterazioni del capello; il laboratorio sarà diretto da un membro della « Columbia University », di New York.

Falsa medichessa.

È stata dichiarata in contravvenzione, in base all'art. 23 della legge sanitaria, e tradotta in carcere, certa Rotondi Ernesta fu Luigi, che a Reggio Emilia, ove si recava periodicamente, dava consultazioni sanitarie e prescriveva cure e somministrava rimedi; aveva raccolto una fitta clientela.

È morto a 69 anni il prof. JOHN ADDISON FORDYCE, che insegnava dermatologia e sifilografia all'Università di New York.

Il Fordyce ha orientato la medicina allo studio del liquido cefalo-rachidiano per la diagnosi della neurosifilide, studio che doveva dimostrarsi così fecondo; ha avviato anche la terapia endo-lombare. Il Fordyce ha descritto l'affezione labiale nota come « malattia di Fordyce », e con Fox una varietà di prurigo.

Antico allievo delle università europee, era adesso reputato come la figura più preminente del Nord-America nell'àmbito della specialità.

S.

Si è spento il dott. RAMON TURRO', direttore del Laboratorio Microbiologico Municipale di Barcellona. Pur senza avere una posizione accademica, ha compiuto studi pregevolissimi nel campo della fisiologia. Il suo primo lavoro « Il meccanismo della circolazione arteriosa » sorprese per l'originalità delle concezioni sul tono arterioso e sulla vasomotilità; esso venne tradotto in francese da J. Robert. A molta distanza di tempo uno studio sull'origine della conoscenza venne tradoto in francese e in catalano. Tutta una serie di sue pubblicazioni sollevarono vivo interesse e animate discussioni: « La base trofica dell'intelligenza », « I fermenti difensivi nell'immunità naturale e acquisita », « La genesi psicofisiologica del dolore e del piacere », « L'unità funzionale », ecc. Fu anche un letterato di valore; dette alla luce poesie, leggende, dialoghi d'arte e di scienza, ecc. Prese parte attiva nella redazione del periodico politico « El Progreso ». Ma la letteratura e la politica non menomarono la sua vocazione di biologo. Fra laureato in medicina veterinaria. È stato considerato come uno dei più forti pensatori della Spagna.

R. C.

Indice alfabetico per materie.

[illegible]na - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 9 Agosto 1926 Fasc. 32

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

Sull'opoterapia sanguigna.

Prof. GIULIO URBINO
docente nell'Università di Firenze.

Poichè il sangue negli animali superiori, costituisce una condizione assoluta di vita, è stato usato in terapia fino dai primi anni dell'umanità, sia che si facesse bere del sangue caldo sgorgante dal collo degli animali sgozzati, sia che, all'epoca romana, i vincitori suggessero il sangue dei vinti per acquistarne la robustezza, la salute, il coraggio, le virtù.

Nel medio evo il sangue di toro, di lepre, di cervo in amore, ed anche il sangue mestruale, erano usati come bevanda a fine di rinvigorire, rendere più agile il corpo, più salace in amore. Dalle bevande si passò ai bagni e le antiche regine si immergevano in vasche piene di sangue dei loro schiavi, per conservare intatta la freschezza del carnato, la bellezza, la gioventù ed in epoca molto più tarda perfino Luigi XI, che era lebbroso ed epilettico, usava bagni di sangue animale. Poi, in tempi più evoluti, si pensò alla trasfusione del sangue e le cronache narrano che a Papa Innocenzo VII, che era in stato comatoso, furono fatte tre trasfusioni di sangue umano successive: tali pratiche peraltro divulgandosi divennero siffattamente alla moda da degenerare in abuso, per modo che il Parlamento e la Corte di Roma dovettero formalmente proibirle. Caduta in completo oblìo la trasfusione sanguigna, ne fu tratta all'inizio del secolo XIX, per merito specialmente di Hufland, Groef, Boer e Blondell, i quali avendo osservato che un animale dissanguato fino a morte apparente, ritorna in vita se gli si trasfonde del sangue in quantità molto inferiore a quella che gli venne sottratta, videro in questo

procedimento la possibilità di applicazioni terapeutiche e furono i primi a riconoscere il principio della tossicità del sangue di una data specie animale per un'altra, e la necessità, per gli umani, di una trasfusione procedente da uomo ad uomo. Così per un certo tempo la trasfusione sanguigna riprese voga, ma allorchè il Ponfick dimostrò che gli elementi morfologici del sangue trasfuso, rapidamente si alterano e scompaiono, il metodo fu abbandonato e non fu riesumato che negli ultimi anni.

Restava pertanto acquisita la nozione che il sangue contiene princìpi e sostanze tali da esercitare una speciale azione curativa in determinate affezioni, e, se la trasfusione fu abbandonata, sorse l'opoterapia sanguigna nelle sue varie forme che andarono sempre più affermandosi e divulgandosi, per costituire infine una delle più accreditate terapie.

Polveri di sangue, emoglobina, sieri normali e specifici, si contendono il campo, che peraltro, secondo le più moderne tendenze, sembra spettare a questi ultimi, che per il perfezionarsi della tecnica, hanno assunto un'importanza ed un valore sempre più considerevoli.

*
* *

A parte l'emoglobina, nelle sue diverse preparazioni, ben poco interesse hanno i preparati di sangue disseccato. L'emoglobina, ottenuta per l'azione di agenti emolitici e quindi dopo precipitazione in cristalli, viene disciolta in sciroppi glicerinati, oppure in liquidi iniettabili. Essa presenta lo svantaggio di essere alterata dai succhi digestivi prima di venire assorbita, trasformandosi per l'azione dei succhi gastrici ed intestinali in ematina, emina e metemoglobina, completamente inutilizzabile dall'organismo (Carnot).

Se poi si somministra per via ipodermica, essa viene eliminata con la bile, se data in piccole dosi, con le urine se in proporzioni più forti; se poi se ne iniettano quantità rilevanti, si deposita nei tessuti sotto forma di pigmento di idrato ferrico (Auscher e Lapicque).

In sostanza quello che viene assorbito dell'emoglobina, è così piccola cosa che poco c'è da attendersi dal punto di vista terapeutico, dalla sua somministrazione. Secondo poi le esperienze di Carnot e Baufle, nemmeno messa a contatto con gli eritrociti essa sarebbe assorbita.

Nel campo della terapia il maggior interesse è rappresentato dai sieri, e, fra questi, per ciò che concerne l'opoterapia sanguigna, dal siero emopoietico. La caratteristica di questo e la sua speciale azione, consistono nel fatto che esso viene prelevato da animali messi ad arte in crisi di attiva rigenerazione ematica (Carnot e Deflandre).

Poichè le perdite di sangue in genere si riparano con grande facilità, occorre sfruttare questa attività emopoietica che è provocata da un processo umorale, ed il meccanismo più semplice per determinare una intensa rigenerazione sanguigna, è costituito dal salasso. A seguito di una abbondante sottrazione di sangue, si produce immediatamente, per afflusso di liquido dai tessuti, una idratazione che riporta al normale il volume totale del sangue, mentre la proporzione degli eritrociti rimane notevolmente abbassata.

In una fase successiva, a seconda che vi è afflusso o deflusso di acqua dai tessuti al sangue o viceversa, si produce una serie di oscillazioni nell'equilibrio innanzi raggiunto ed a questo stadio fa seguito una rapida ascesa della proporzione delle emazie: è il vero periodo della rigenerazione sanguigna, che, nello spazio di 5, 6 giorni, riporta alla normale, negli animali da esperimento, il quantitativo dei globuli rossi. Nei preparati microscopici si osservano allora forme giovani e talora anche emazie nucleate: vi è dunque evidente rigenerazione del sangue. Se durante questa fase si fa un prelevamento di sangue e si inietta in un animale nuovo, si constata che questa iniezione provoca in esso un rapido, considerevole aumento del numero delle emazie. Su questo principio è fondata la cura di tutte le deficienze sanguigne, a mezzo dell'opoterapia e della sieroterapia sanguigna specifica.

*
* *

È evidente difatti che l'indicazione fondamentale di questo metodo di terapia è rappresentato dalle anemie in genere. I primi tentativi sono stati fatti somministrando, per via gastrica, il sangue fresco e l'emoglobina, ma tali sostanze subiscono siffatte modificazioni per opera del processo di digestione, che il loro effetto utile per l'organismo si riduce a ben poca cosa. D'altra parte, risulta che i princìpi attivi del sangue risiedono più specialmente nel siero: non è quindi più opportuno usare il sangue anzichè il solo siero. Anche l'impiego della via sottocutanea per quel che concerne l'emoglobina e l'emoplase, non hanno dato risultati molto considerevoli; si ha, è vero, un miglioramento dello stato anemico, ma non di alto grado. Più brillanti e più duraturi sono invece i risultati che si ottengono usando il siero emopoietico, sia che esso venga somministrato per la via ipodermica, che per l'orale o la rettale.

Le anemie postemorragiche, specie laddove gli organi emopoietici sono sani e reagiscono in modo energico, sono quelle che naturalmente offrono i risultati più rapidi e più felici, ma anche negli stati anemici postinfettivi, in talune anemie tos-

siche (saturnismo, alcoolismo) e nelle anemie criptogenetiche delle quali ci sfugge la causa, la somministrazione dei sieri emopoietici ha determinato miglioramenti pronti e persistenti.

Nelle anemie tubercolari i risultati sono meno costanti: accanto a casi favorevoli nei quali pur essendovi lesioni tubercolari cospicue il miglioramento ottenuto in seguito alla somministrazione del siero emopoietico si manifestò prontamente e si mantenne, altri ne furono osservati in cui il beneficio fu solamente effimero. In linee generali si può dire che nelle anemie tubercolari, l'opoterapia sierica o sanguigna totale trova la sua indicazione razionale là dove l'emopoiesi non è ostacolata da un'eccessiva emolisi (Carnot). Ma il sangue prelevato da animali in emopoiesi possiede tutte le proprietà emostatiche di ogni siero organico, che in questo caso speciale si trovano molto rafforzate dall'aumento di fibrinfermento, che presenta il sangue di animali sottoposti a salassi razionalmente ripetuti, sia per la loro frequenza sia per la loro quantità.

La coesistenza in uno stesso siero organico di proprietà emopoietiche specifiche ed emostatiche particolarmente pronunziate, lo rende più specialmente prezioso nella cura di tutte le discrasie sanguigne perchè combatte tanto i fenomeni emorragici quanto la perdita di sangue che ne risulta.

Sahli ed E. Wiell hanno dimostrato che il sangue degli emofiliaci e di ammalati affetti da porpora, non coagula affatto o solo molto lentamente: se a questi soggetti si somministra del siero di sangue fresco la coagulazione si compie in un modo pressochè normale (in un caso riferito dagli AA. il sangue che prima della somministrazione del siero impiegava nove ore a coagulare, 40 ore dopo la somministrazione del siero coaugulava in 20 minuti). Nella porpora Laumois e Morestin hanno del pari ottenuto risultati sorprendenti. Poichè dunque la somministrazione del siero ha per effetto di aumentare il potere di coagulazione del sangue, ne è stata fatta utile applicazione nella cura delle emorragie sia a scopo curativo che a scopo preventivo, prima di addivenire ad interventi operatori che sogliono di frequente determinare fatti emorragici, o innanzi il travaglio del parto; i risultati ottenuti in un numero considerevole di casi sono stati veramente soddisfacenti.

Anche localmente il siero trova un'utile applicazione, specialmente in ginecologia nelle emorragie da tumori ulcerati, e nelle emorragie a tipo di stillicidio sanguigno in seguito ad aborto.

Durante il periodo della vita sessuale ogni donna per le perdite di sangue cui va ciclicamente soggetta diviene periodicamente anemica, ipoglobulica: le osservazioni di Deflandre e di Dufour, che hanno seguito per molti mesi i loro soggetti, hanno messo in chiara evidenza il fatto, che nelle donne vi è una sproporzione nel senso di un deficit, tra la quantità del sangue perduto nel periodo mestruale e la quantità degli eritrociti del sangue, sì che ne consegue il ripetersi di un periodo di anemia, che in taluni casi presenta una durata di 14-15 giorni al mese. In questi casi la somministrazione di siero emopoietico per via orale ha dato sempre risultati positivi, provocando un rapido aumento delle emazie ed abbreviando quindi la fase anemica.

*
* *

Il principio cui s'informa la preparazione di un siero emopoietico, è costituito dalla possibilità di provocare in un animale, una pronta ed intensa rigenerazione sanguigna che mira a compensare la perdita di sangue consecutiva ad un salasso.

Animale produttore è il cavallo che viene accuratamente scelto, in stato di perfetta funzionalità degli organi interni e di sana dentatura. Si pratica subito un abbondante salasso, possibilmente in una sola volta, sottraendo all'animale parecchi litri di sangue, in modo da provocare una intensa anemia. Lasciato in riposo assoluto, nutrito in abbondanza specialmente di sostanze azotate, l'animale entra rapidamente in stato di rigenerazione ematica. Seguendo col conteggio globulare le fasi di questo processo si vede che per raggiungere il tasso primitivo normale, occorre in media qualche settimana. Alcuni giorni dopo il primo salasso, vale a dire allorchè l'animale si trova realmente in piena rigenerazione sanguigna, si pratica una seconda sottrazione di sangue meno cospicua della precedente: il siero di questo costituisce il siero emopoietico. I salassi vengono ripetuti ad intervalli regolari.

La somministrazione abituale del siero emopoietico è rappresentata da due vie: la buccale e la rettale, preferendosi l'una all'altra a seconda delle indicazioni fornite caso per caso dalla sintomatologia morbosa, dalla natura e dalla sede della malattia, come si può ben facilmente intendere. La via sottocutanea è da riservarsi a casi gravi, alle anemie acute per emorragie non dominabili chirurgicamente, laddove esiste una assoluta urgenza ad intervenire rapidamente ed intensamente. Ma non si deve per abitudine e sopratutto perchè il siero emopoietico si presenta in fiale, usare alla leggiera la via sottocutanea.

Ogni siero organico somministrato per via sottocutanea in casi di particolare suscettibilità può determinare una reazione a tipo orticaria di lieve intensità, che compare qualche tempo dopo una prima iniezione.

Queste reazioni offrono un quadro clinico caratteristico che ha valso loro il nome di « malattie da siero »; ma in quei soggetti, che a distanza di mesi o di qualche anno hanno subìta un'iniezione di siero, la nuova introduzione nella via sanguigna di una dose terapeutica può provocare immediatamente dei fenomeni d'intensità variabile, talora molto grave: lo choc anafilattico è così universalmente noto che non ci sembra il caso di fermarci ad illustrarlo: dopo i lavori di Besredka tanta luce si è fatta in questo campo che insistervi è addirittura superfluo.

È peraltro vero che nel caso particolare di questo siero emopoietico di cavallo reazioni sieriche e fenomeni anafilattici sono meno a temere che laddove si usino sieri antitossici, ciò è dovuto a particolari procedimenti di invecchiamento e di riscaldamento del siero che hanno per risultato di abbassarne la tossicità naturale nella maggior misura possibile riducendola cioè ad un quinto da quella iniziale.

Ma ancorchè fortemente ridotta questa tossicità naturale persiste ed è necessario basare su questa nozione la posologia pratica del siero emopoietico che deve dunque essere così concepita: in tutti quei casi in cui la gravità del prognostico consente di trascurare le possibili reazioni sieriche — emorragie acute — il siero deve venire iniettato alla dose di 30 cmc.

In ogni altro stato ipoglobulare — anemie comuni — convalescenze, ecc., il malato dovrà essere lasciato in condizioni di potere nell'avvenire ricevere del siero per via sottocutanea senza rischio d'anafilassi; per ottenere questo risultato basterà somministrare il siero per via orale o rettale: queste vie d'introduzione non sono difatti mai seguite da reazioni sieriche od anafilattiche, mentre hanno il vantaggio di dare sempre risultati terapeutici largamente soddisfacenti poichè l'innocuità del siero usato attraverso la via digestiva permette di compensare con dosi più elevate la lieve diminuzione di attività causata dall'attraversare esso il tratto dirigente.

Infine in tutti quei casi in cui occorre iniettarlo, il medico possiede il mezzo per mettersi al riparo da una sorpresa anafilattica, usando il metodo delle iniezioni a dosi subentranti proposto da Besredka: frazionando in un breve spazio di tempo la dose terapeutica, si determina una vera disensibilizzazione dell'ammalato e si evita ogni fenomeno d'anafilassi.

BIBLIOGRAFIA.

LUCATELLO. *Sul valore ematopoietico di speciali emolisine.* Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche. — *Trattamento dell'anemia essenziale con gli anticorpi.* XIV Congresso della Soc. An. Italiana di Medicina Interna, Roma 24 e 27 ottobre 1904; Semaine Médicale, 2 novembre 1904; Wirchows Archiv., t. LXXXIV, p. 207.

CAPRON. *Contribution à l'étude de la sérothérapie antianémique.* Thèse de Lille, 1908.

CASTIGLIONE. *Azione del Siero emolitico sull'apparato ematopoietico.* Il Morgagni, 1906.

CARNOT P. *Sur l'activité hémopoiétique du sang et des organes régénérés au cours des régénérations viscérales.* Comp. Rend. Soc. de Biologie, 1906.

ID. *Sur le mécanisme de l'hyperglobulie provoque par le sérum d'animaux en rénovation sanguine.* Ibid., 1906.

DEFLANDRE et CARNOT. *Sur l'activité hémopoiétique des differents organes au cours de la régénération du sang.* Comp. Rend. Académie des Sciences, 17 septembre 1906.

ID. ID. *Sur l'activité hémopoiétique du sérum au cours de la régénération du sang.* Ibid., 27 août 1906.

ID. ID. *Variation du nombre des hématies chez la femme pendant la période menstruelle.* Comp. Rend. Soc. Biologie, janvier 1909.

DEFLANDRE. *Sur l'ingestion de sérum hémopoiétique dans certaines anémies post-hémorrhagiques.* Progrès Médical, 13 fevrier 1909.

ID. *Les applications du sérum hémopoiétique.* Thèse de Lille, 1910.

ALBANO. *La milza e le emopoietine.* Giornale internazionale delle Scienze Mediche, 1907.

ROUSSEL. *Le sérum hémopoiétique et le sang desseché du cheval en état d'hémopoièse dans les régénérations sanguines.* Société de Biologie, séance du 12 juillet 1910.

MINET et SONNEVILLE. *Les injections sous-cutanées de sérum de lapin préalablement saigné contre la chloro-anémie essentielle.* Semaine Médicale, 24 avril 1907.

DELEARDE et PAQUET. *La sérothérapie de la chlorose et de certaines anémies symptomatiques.* Echo Médical du Nord, 2 mai 1909.

DEFOUR. Semaine Médicale, 8 dic. 1909, pag. 582.

BRAGA A. *Sull'azione terapeutica delle emopoietine.* Bollettino della Società Medica di Parma, seduta 26 marzo 1909.

GIBELLI. *Valore del Siero di animali anemizzati nella rigenerazione del sangue.* Bollettino della R. Accademia Medica di Genova, anno XXVI, n. 2-3, 1911; *Ueber den Wert des Serums anämisch gemachten Tiere Bei der Rigeneration des Blutes.* Arch. f. Esp. Path. u. Phar., Bd. 65, 1911.

BEZANÇON F. et LABBÉ M. *Traité d'hématologie.* Paris, 1904.

GILBERT. *Traité de medicine. Maladies du sang.*

ISCOVESCO H. *Physiologie des globules rouges, mécanisme autorégulateur de l'hémopoièse.* Semaine Médicale, 25 septembre 1912.

HIRSCHFELD. *Dei progressi nel campo delle malattie del sangue.* Nel LEYDEN e KLEPERER: La Clinica contemporanea, vol. XII, 1912.

FERRATA. *Morfologia del sangue normale e patologico,* 1912.

MONGOUR et FOUQUET. *Le sérum de cheval normal, son utilisation en thérapeutique.* Poinat, Paris, 1912.

MASSALONGO e GASPERINI. *Il valore emopoietico del Siero di animale anemizzato col salasso.* Il Policlinico, 1913, vol. XX-M.

CARNOT. *Opothérapie.* Ballière, Paris, 1914.

LAVORI ORIGINALI.

R. CLINICA NEUROPSICHIATRICA DI ROMA.
Direttore: prof. G. MINGAZZINI

La cura delle forme convulsive gravi delle epilessie con le iniezioni di luminal sodico nella cisterna magna.

Dott. GIUSEPPE AYALA, aiuto e libero docente.

(*Cont. e fine; vedi fasc. 31*).

Le sindromi convulsive acute e gravi presentate dai miei pazienti non differivano essenzialmente fra loro e non lasciavano alcun dubbio sulla loro natura chiaramente epilettica nel senso ampio della parola. Le caratteristiche dei singoli attacchi erano così tipiche che qualunque diagnosi differenziale sarebbe stata oziosa. Rimaneva però a stabilire, almeno nei primi due casi, se si trattava di epilessia idiopatica o sintomatica, ovvero di crisi epilettiformi.

È noto che questa maggiore precisione della diagnosi degli attacchi in serie più o meno ravvicinati e più o meno completi o di uno status epilepticus non è sempre raggiungibile quando manchino le notizie anamnestiche; solo, a volte, si possono trarre criteri differenziali dai sintomi concomitanti, quando è possibile rilevarli. Così nei primi due casi riferiti la normalità delle urine da principio della sindrome, l'assenza di edemi, la mancanza di alterazione del fondo dell'occhio, della pressione e della costituzione del liquor, rendevano poco ammissibile l'ipotesi di una epilessia tossica da uremia o da acidosi diabetica, di epilessia sintomatica da tumore o accesso cerebrale, e di una demenza paralitica; ma non permettevano di affermare, senz'altro, che si trattasse di epilessia così detta essenziale.

Nel terzo caso, invece, era evidente, sia per la presenza degli esiti della frattura dell'osso occipitale, sia per il tipo nettamente jacksoniano delle crisi, che ci trovavamo in presenza di epilessia post-traumatica; così pure nei due ultimi casi sapevamo trattarsi di attacchi così detti epilettiformi, ripetentisi fino a costituire un vero stato di male colle sue due fasi tipiche, convulsiva e comatosa.

Epilettica o epilettiforme, essenziale o sintomatica in tutti i casi la sindrome non si iniziò d'*emblée*, ma con attacchi isolati che, da principio, non potevano far prevedere il loro ripetersi e il complicarsi con altri sintomi. La frequenza e il numero delle crisi fu differente, e variò nello stesso paziente nei vari giorni, sia spontaneamente sia per l'azione di sedativi somministrati o per le cure fisiche usate. Le crisi conservarono quasi per tutto il periodo del male il tipo nettamente jacksoniano nel 3° e 4° caso, mentre furono o divennero ben presto generalizzate negli altri pazienti. Anche in questi ultimi, durante gli intervalli fra le crisi e dopo la cessazione di esse, era osservabile un deficit motorio e una modificazione dei riflessi tendinei degli arti del lato nel quale le scosse clonico-toniche erano più accentuate. Questo deficit costituiva la prova che erano interessati i centri corticali motori prevalentemente dal lato opposto. Detto deficit, però, scomparve in tutti i casi, come avviene ordinariamente, dopo un certo tempo dalle crisi epilettiche, tranne nel 3° caso (epilessia traumatica), nel quale rimase una emiastenia degli arti di sinistra e una astereostesia e anabatiestesia dell'arto superiore omonimo.

In tutti i casi la temperatura si elevò più o meno e nel secondo raggiunse 40.2, il polso era piccolo e frequente, il respiro superficiale e stertoroso nei momenti di maggior gravità del male, la coscienza conservata parzialmente per un certo tempo nel 3° e 4° caso, perduta del tutto fin dal primo giorno negli altri, le urine contenevano tracce di albumina al 2° o al 3° giorno dell'inizio delle crisi.

Non ho riscontrato nessun parallelismo fra numero delle crisi, il grado della temperatura, le qualità del polso e la profondità del coma. Non sarà inutile rilevare, inoltre, che nei miei pazienti negli intervalli fra le crisi, la pressione del liquor non era aumentata, anzi in uno era un po' minore della media normale; aumentava notevolmente nel momento dell'attacco e più precisamente nella fase tonica di esso, per ridiscendere nella fase di risoluzione muscolare completa. Era evidente che l'ipertensione del liquor non fosse la causa delle crisi; difatti la sottrazione di una certa quantità di esso non modificò la serie delle crisi, anzi nel 3° caso li rese più numerosi e più gravi. L'ipertensione era l'effetto delle crisi e più precisamente della stasi delle vene encefaliche, inerente alla meccanica dell'accesso (spasmo della glonide, contrazione spasmodica dei muscoli respiratori, apnea, stasi venosa generalizzata, ecc.). Neanche la linfocitosi discreta, riscontrata in un caso nel liquido estratto dalla cisterna magna prima di iniettarvi la soluzione di luminal, doveva mettersi in rapporto di causalità con le crisi; essa certamente era dovuta alla iniezione endorachidiana di luminal-natrium eseguita due giorni prima e dimostratasi insufficiente a vincere la sindrome convulsiva. Di fatti negli altri casi, nei quali la puntura della cisterna magna non era stata preceduta da una iniezione endorachidiana, il liquor non presentava nè linfocitosi nè modificazione delle proteine, nè positività delle reazioni colloidali. E che il luminal sodico introdotto negli spazi sub-

aracnoidali produca una modificazione del liquor (linfocitosi, lieve iperalbuminosi, positività della reazione di Pandy) mi era già noto, avendola osservata in quei casi di epilessia o di corea nei quali avevo praticato con qualche giorno d'intervallo più iniezioni endorachidiane del medicinale in parola. Ma non ho creduto, come non credo, che sia il caso di tener conto di queste modificazioni umorali, sia perchè esse non si accompagnano a fenomeni subbiettivi e obbiettivi di meningismo, sia perchè sono di breve durata e non lasciano alcun reliquato. Il timore di aggravare la congestione già esistente delle pie meningi con la introduzione del medicinale nelle cisterne della base non si mostrò molto fondato. I fatti mostrarono che il beneficio della cessazione degli attacchi e quindi delle condizioni che determinavano la congestione era talmente superiore da far trascurare la possibilità di un lieve aggravamento della congestione o dell'edema delle leptomeningi.

Quanta sia la tolleranza dei tessuti aracnoidali, e degli organi encefalici in genere, di fronte al medicinale sedativo portato a loro più immediato contatto, lo dimostra specialmente l'ultimo caso (5°) particolarmente grave, sia perchè la demenza paralitica era molto avanzata, sia perchè lo status epilepticus entrò in poche ore nella fase comatosa accompagnandosi a febbre, a polso piccolo, e a decubiti. Le condizioni gravissime di questo paziente e la inefficacia degli altri rimedi tentati mi facevano dubitare molto della opportunità della iniezione di luminal nella cisterna magna. L'esito di questa iniezione dissipò i miei timori e mostrò che c'è sempre da sperare, e poco da temere, da questo mezzo di cura, anche quando tutti gli altri rimedi siano falliti e le condizioni gravissime generali del paziente lasciano adito a pochissime speranze.

Più che in questi casi gravi di paralisi generale il metodo curativo proposto mi sembra particolarmente indicato nei dementi paralitici ancora curabili, specialmente ora che la loro malattia non rappresenta più, come era per lo innanzi, una fatale condizione senza scampo. Un demente paralitico, in via di miglioramento o di remissione, può perdere, come ho veduto in un caso, tutto il beneficio della cura malarica (o specifica), in seguito ad una serie di crisi epilettiformi, ripetentesi per più giorni di seguito, anche se riesce a superarle. Quindi ritengo molto utile, anche in questi casi, intervenire con un metodo di cura che quasi certamente riesce a troncare immediatamente le crisi convulsive che potrebbero riuscire dannose o fatali. Certo l'utilità di questo arresto degli attacchi sarà maggiore nelle forme di epilessia criptogenetica (essenziale) e specialmente in quei soggetti che solo di tanto in tanto hanno attacchi e che conservano integra la loro mentalità, la quale sarebbe deteriorata certamente dal ripetersi degli attacchi. Del pari non sarà di poco vantaggio per la donna (e per il feto) troncare le crisi eclampsiche, contro le quali neanche le iniezioni subaracnoidali di luminal natrium, a dosi medicamentose, riescono sicuramente efficaci e di pronta azione come occorrerebbe.

Colle iniezioni di luminal natrium nella cisterna cerebello-medullaris, è appena necessario avvertirlo, non si può sperare di agire sulle cause etiologiche e sulle lesioni anatomo-patologiche da cui dipendono le crisi epilettiche o epilettiformi; esse sono una cura sintomatica pronta e di quasi sicuro effetto della sindrome acuta, grave e spesso fatale. Hanno, insomma, tutto il valore di un soccorso di urgenza, che deve essere preso senza indugio e di effetto utile tanto maggiore quanto più precocemente applicato.

Nei miei casi, trattandosi delle prime applicazioni del metodo, ho cercato, prima di praticare la iniezione nella cisterna magna, di ottenere un risultato curativo con gli altri mezzi comprese le iniezioni endovenose ed endorachidiane di luminal-natrium. Però l'esperienza mi ha ammaestrato a non perdere tempo e ricorrere il più presto possibile alla iniezione del detto medicinale nella cisterna magna. Nè ci sarà da pentirsene anche se in un determinato caso si sarebbe potuto vincere le crisi convulsive con cure diverse. Però sarà opportuno fare qualche ora prima una iniezione endovenosa o anche sottocutanea di luminal sodico, la quale, se non dominerà lo status epilepticus, darà una certa calma e una tregua di qualche ora, in modo che riuscirà meno difficile trovare il momento opportuno per praticare, con maggior sicurezza, la puntura suboccipitale.

È evidente che questa riesce di difficile esecuzione quando le crisi sono subentranti e gli spasmi tonici dei muscoli della nuca iperestendano il capo o lo volgono da un lato. Bisogna cogliere il momento d'intervallo fra due attacchi; momento che sarà più lungo se preventivamente un sedativo-ipnotico avrà agito in qualche modo sui centri cortico-sottocorticali epilettogeni. Nei miei casi non mi è stato difficile cogliere questo momento senza bisogno di ricorrere alla cloronarcosi. D'altronde non credo ci sia grande pericolo se, mentre si pratica la puntura, insorge una crisi, sia perchè colla deflessione del capo l'ago viene portato indietro dagli stessi muscoli della nuca contratti e quindi la punta automaticamente esce dalla cisterna magna, rimanendo nel ligamentum nuchae, sia perchè c'è il tempo di ritirarlo prontamente (senza per altro estrarlo del tutto) appena si notano i primi spasmi tonici.

Per prevenire anche la possibilità di rottura dell'ago preso fra l'osso occipitale e l'arco dell'atlante, preferisco usare un ago di platino iredato a punta cortissima. Due siringhe di vetro da 2 cc., che innestino bene al padiglione dell'ago, completano l'armamentario necessario per questo piccolo intervento. Una siringa servirà sia per disostruire eventualmente il lume dell'ago spingendovi dentro qualche goccia di soluzione fisiologica sterile, che funziona da mandrino liquido, sia per aspirare del liquor quando esce molto lentamente, abbreviando così questo primo tempo dell'intervento. L'altra siringa si userà per praticare l'iniezione della soluzione di luminal-natrium. Questa deve essere preparata di recente, ponendo 2 o 3 cc. di acqua distillata sterile e tepida (a 30°) nelle fialette fornite dalla casa e contenenti gr. 0.22 del medicinale. Dosi minori non bastano a troncare del tutto le crisi e quindi bisognerebbe ripeterle, praticando un'altra puntura suboccipitale dopo breve tempo. La introduzione del medicamento nella cisterna magna, per quanto si desideri di far presto per non essere sorpresi da una crisi, deve essere eseguita con lentezza e cautela, sorvegliando, o facendo sorvegliare da un collega, accuratamente il malato. Terminata la iniezione uso lasciare il paziente per un paio di ore in posizione supina (1) col capo più basso del tronco in modo da facilitare la diffusione della soluzione iniettata verso la convessità dell'encefalo e forse verso i ventricoli cerebrali. Nel giorno della puntura e l'indomani è bene far fare iniezioni di olio canforato più o meno frequenti a secondo la gravità delle condizioni generali e specialmente della qualità del polso.

La iniezione di luminal-sodico per se stessa, almeno a giudicare dai miei casi, non solo non peggiora, come si è detto, le funzioni cardiache e respiratorie, ma sembra che le migliori, forse indirettamente, perchè, facendo cessare le scariche motorie partenti dai centri corticali o sottocorticali, mette in riposo anche i nuclei bulbari del vago e in genere tutti quelli scaglionati nel pavimento del IV ventricolo, regolatori della funzione respiratoria, del ritmo cardiaco e della termogenesi. Infatti oltre, e più prontamente che il miglioramento dell'azione cardiaca, dopo l'iniezione ho osservato che il respiro si faceva meno superficiale e diveniva russante, come quello di chi dorma più o meno profondamente, mentre la temperatura si abbassava al livello normale entro poche ore e l'albumina scompariva nelle urine. L'importanza dell'effetto benefico sul centro termoregolatore appare tanto più evidente se si riflette al significato della ipertermia, che è sempre foriera di esito infausto, e che poco viene modificata dai soliti mezzi fisici (bagno tiepido, vescica di ghiaccio sul capo, ecc).

Ora, che io sappia, effetti ugualmente pronti sulle funzioni dei centri della vita vegetativa non sono stati notati in seguito alla somministrazione di antiepilettici e sedativi fatta per altre vie contro gli attacchi in serie e contro lo status epilepticus. E che così debba essere si comprende facilmente, poichè, come si è più sopra accennato, le sostanze introdotte per os, per via endovenosa, sottocutanea ed endorachidea giungono in forte diluizione e con notevole ritardo ai centri encefalici che si cerca moderare e calmare. Iniettate, invece, nella cisterna magna vengono a contatto immediato della superficie esterna ed interna dell'encefalo e possono agire direttamente sui centri epilettogeni encefalici, qualunque essi siano, in qualunque modo stimolati o lasciati liberi dei freni inibitori, e, indirettamente, sui nuclei somatici e viscerali bulbo-pontini e delle corna anteriori del midollo spinale.

Certo il meccanismo, col quale si svolge l'azione sedativa-ipnotica del sale sodico dell'acido feniletilbarbiturico introdotto nella cisterna magna, meriterebbe essere approfondito, perchè ne riuscirebbero più chiare e precise le sue indicazioni non solo nella epilessia, ma anche nella eclampsia, nelle manifestazioni epilettiformi di diverse malattie (nella tetania, nella spasmofilia, nei tremori, nelle coree, nelle mioclonie, ecc.). Inoltre lo studio di questo meccanismo potrebbe aiutare a chiarire il problema generale, ancora non completamente risoluto, della patogenesi delle epilessie.

Ora, sia che si ammetta che le scariche neuromuscolari epilettiche siano la espressione di una irritazione diretta o indiretta dei centri motori corticali, sia che si accetti l'opinione di coloro che pensano essere le manifestazioni di questa natura la conseguenza di una deficiente azione inibitrice dei centri superiori e dell'eccitazione dei centri sottoposti, deve ammettersi in ultima analisi che l'effetto delle sostanze antiepilettiche consista nel correggere la eccessiva irritabilità, o se si vuole la mancanza di disciplina e di misura dei centri corticali (e sottocorticali) motori. Si potrebbe però osservare che se le crisi convulsive fossero l'effetto esclusivo di una diminuzione dei controlli psichici superiori, non riuscirebbe facile comprendere come la somministrazione di un ipnotico, che paralizza ancor più questi centri e quindi mette in maggiore libertà i centri sottoposti, riesca a far cessare le scariche neuromuscolari.

(1) La posizione prona non è necessaria come dopo la P. L. nè sarebbe possibile specie in malati che respirano male, e che durante una crisi potrebbero rimanere soffocati.

Comunque, e tralasciando di approfondire questa questione, i fatti e le considerazioni esposte mi autorizzano a concludere che le iniezioni di luminal natrium nella cisterna magna costituiscono un nuovo e prezioso mezzo curativo, col quale si può riuscire, prontamente e in modo più sicuro che con gli altri metodi finora adoperati, a troncare la serie delle crisi epilettiche (epilettiformi o eclampsiche) molto frequenti e a guarire lo status epilepticus, qualunque ne sia la etiologia e la patogenesi.

NOTA. — In un recentissimo lavoro comparso nel numero di maggio del *The Journ. of Nerv. and Ment. Disease* (vol. 63, n. 5, pag. 446) Patterson, Domon e P. Levi, si occupano diffusamente dei metodi di somministrazione del luminal, ma non accennano neanche alla possibilità di iniettarlo nella cisterna magna. Ciò mi fa supporre che anche in America, dove la puntura suboccipitale è molto più usata che da noi, non siano ancora ricorsi ad essa per la cura delle forme gravi della epilessia. Detti autori ritengono di avere usato per i primi le iniezioni endovenose ed endorachidiane del detto medicinale; ma evidentemente a loro sono sfuggiti i lavori in lingua tedesca ed italiana (alcuni citati nel presente lavoro). Essi ricorrono alle iniezioni sottocutanee di luminal nelle crisi epilettiche in serie, alle endovenose nello status epilepticus e alle iniezioni endorachidiane nei casi comuni di epilessia che si sono mostrati refrattari alle somministrazioni del medicinale per altra via. Essi però fanno precedere la iniezione endorachidiana, tanto nei casi comuni di epilessia che nella crisi in serie, dalla sottrazione di liquor fino a cc. 30; ma osservano in seguito a questa sottrazione i soliti disturbi post-puntori (febbre fino a 39,5, dolori e crampi agli arti, cefalea violenta, ecc.). Noi non abbiamo mai osservato tali disturbi, sia eseguendo le iniezioni endorachidiane che quelle della cisterna magna, forse perchè ci siamo attenuti scrupolosamente alla norma di cercare in ogni caso, per quanto è possibile, di non provocare, sottraendone una quantità superiore al numero dei centimetri cubici di soluzione medicinale da iniettare e trascurando le precauzioni opportune per evitare lo sgocciolio consecutivo della ferita lasciata dall'ago nella parete del sacco meningeo, un disturbo della meccanica (statica e dinamica) del liquor.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE PROVINCIALE DI ZARA - SEZIONE CHIRURGICA

Voluminosa cisti da echinococco della milza con 502 vescicole proligere ed una grossa cisti esogena della vescica urinaria

per il dott. F. GRAZIANI, primario.

Credo doveroso registrare un caso di cisti da echinococco splenovescicale che per la sua mole e per le sue complicanze, apparmi unico più che raro fra quelli esistenti nella letteratura.

Donna cinquantaquattrenne, vedova con figli.

Affetta da vari anni di miocardite consecutiva ad endocardite acuta.

Nel 1923 si fece visitare da un chirurgo, perchè si era accorta di una tumefazione che andava sviluppandosi nell'addome, accompagnata da rapido decadimento delle forze e talora da febbre. Fu diagnosticato un carcinoma diffuso del peritoneo, e sia per la natura del male, sia per le condizioni del cuore, fu respinta ogni idea d'intervento e furono consigliati i palliativi del caso.

La tumefazione gradatamente crebbe a dismisura e le condizioni generali peggiorarono di pari passo.

Fui chiamato dai familiari a visitare la paziente solo per attenuare le sue sofferenze; affanno, stanchezza subitanea in ogni minimo lavoro; febbre lieve continua con piccole esacerbazioni vespertine; inappetenza, pirosi, rigurgito, senso di oppressione toraco-gastroaddominale, coliche intestinali, stipsi ostinata, disturbi della minzione consistenti in frequente bisogno di urinare accompagnato talora da tenesmo.

E. O. Costituzione scheletrico-muscolare discreta, pannicolus adiposus poco conservato; cute e mucose pallide, cianosi ai pomelli. Torace pressochè conico a base inferiore; respiro costale; dispnea ora lieve, ora mancata, specie in ogni movimento e anche nel discorrere; inversione quantitativa degli atti respiratori; in posizione eretta 24 al minuto primo, seduta 28, supina 30; ma la paziente rifiuta di rimaner supina, perchè dice di non poter respirare. Alla palpazione fremito vocale tattile rinforzato alle basi. Alla percussione digito-digitale, la base di sinistra si espande incompletamente; spazio di Traube scomparso. All'ascoltazione respiro aspro su tutto l'àmbito, specie alle basi, maggiormente a sinistra.

Rantoli a grosse bolle a sinistra verso l'apice.

Cuore: ventricolo sinistro ingrandito; soffio sistolico alla punta.

Polso: duro, tardo con rare aritmie.

Lingua: impatinata, aia gastrica rimpicciolita.

Addome: enormemente sporgente, irregolarmente globoso, cicatrice ombelicale appianata: smagliature numerose; circonferenza massima, sulla linea ombelicale cm. 139. Consistenza duro-elastica; molto teso, lievissimo senso di ballottamento in toto; non fremito idatideo. Scorrendo con la palpazione dall'alto in basso, si percepisce

una massa compatta, liscia che solleva tutto l'ipocondrio sinistro, che si diffonde per l'epigastrio, nell'ipocondrio destro per quindi scendere uniformemente in basso occupando tutto l'addome; tre dita al di sotto dell'ombelico, si avverte quasi come un gradino di passaggio e quindi la tumefazione continua scendendo fino al pube e nelle fosse inguinali.

In tutto l'addome suono ottuso che si continua senza limiti con quello del fegato e dei reni e che diminuisce leggermente d'intensità a misura che si scende sulla linea ombelico-pubica.

Con la pressione, anche modica, si provoca dolore profondo.

Esame ginecologico negativo.

Diagnosi: scarto subito l'idea di tumor mali moris per la durata e la mole incompatibili con la vita; per i caratteri di consistenza, di superfici, per l'assenza di ingorghi glandulari, ecc. Escludendo altre neoformazioni, mi fermo invece sul concetto di una enorme cisti multipla da echinococco, probabilmente splenico sia per i caratteri osservati, sia per la frequenza dell'echinococco in Dalmazia e a Zara, come dalle mie osservazioni personali e da quelle di coloro che mi precedettero, tra i quali il Pericic che illustrò tale frequenza di morbo in una sua rassegna statistica fin dal 1906.

Propongo perciò il ricovero nel mio reparto per completare le indagini e concretare il giudizio sull'intervento. Pratico in ospedale l'esame radiologico e ottengo: emidiaframma sinistro più alto; bolla gassosa dello stomaco in posizione mediale. Col pasto di bario si osserva il fondo sollevato, stirato, arcuato con concavità in basso, quasi a clessidra orizzontale; ipocinesi peristaltica. In tutto il resto dell'addome, ombra densa, compatta.

Esame dell'urina: fosfati e carbonati abbondanti, presenza di albumina non dosabile.

Esame del sangue: eosinofilia 3 %. G. R. 4 milioni. G. B. 6,000,000. Polinucleati neutrofili 7 %. Mastzellen 2 %.

Reazione Wassermann negativa. Reazione Bothelo negativa.

Intradermoreazione del Casoni, iniettando un cmc. di liquido di cisti da echinococco estratto da animale da macello, positiva dopo 24 ore.

Data l'accertata diagnosi, penso all'impossibilità di sopravvivenza prolungata della paziente con i sintomi in atto e sopratutto al pericolo immanente di una rottura intraperitoneale con rapida conseguenza letale. Pochi mesi addietro infatti a me era occorso di operare d'urgenza un uomo in fin di vita per rottura di enorme cisti di echinococco del fegato non diagnosticata fino allora. Alla laparatomia, si versò all'esterno un fiume vero e proprio di liquido cistico torbido con innumerevoli capsule proligere alcune delle quali organizzate, altre calcificate, ecc.

Propongo perciò l'intervento con prognosi riservata per la miocardite in atto e le condizioni organiche generali.

21 settembre 1925. Intervento. Morfiocloroeteronarcosi: dott. Fattovich. Assistente chirurgo: dottor Lubin.

Laparatomia totale mediana; si scolla sulla linea xifombelicale, con molta difficoltà il peritoneo dalla parete cistica sia anteriormente, sia sul lato destro. Finalmente si isola anteriormente e sui lati, una voluminosissima cisti di colorito grigio scuro, di forma ovalare, a pareti spesse, molto tese. Con un sottile trequarti si vuotano gr. 1800 di liquido torbido, brunastro, ma la tensione della cisti diminuisce di poco. Si passa con la mano sulla parete posteriore scollando le aderenze che s'incontrano, ma sul lobo postero-inferiore, la mano viene arrestata da un ostacolo insormontabile dato da aderenze fisse. Nè si può diversamente estrinsecare la cisti la quale è ancora mantenuta fissa in alto. Si risale allora subito all'origine; essa parte dalla capsula splenica alla quale è attaccata per mezzo di un brevissimo e largo peduncolo, mentre la milza compressa e respinta in alto, non partecipa alla formazione cistica. Si recide perciò la capsula badando di non ledere la parete cistica e si provvede con fatica all'emostasi mediante paquelinizzazione, sutura epiplon-splenica e tamponamento.

Si cerca sollevare la cisti, ma essa è ancora lassamente ma vastamente aderente su tutto il fondo dello stomaco e sul lobo epatico sinistro fino alla protuberanza del lobulo di Spigelio. Tali aderenze si scollano cautamente col dito. Scollo ancora scendendo in basso e posteriormente, epi-

FIGURA 1.
Le due cisti intere, la prima vuotata del contenuto liquido, ad essa sono aderenti frammenti di epiplon asportato e frammenti di capsula splenica. La più piccola con qualche frammento di sierosa vescicale.

plon e anse intestinali e vengo arrestato da due segmenti intestinali saldamente aderenti alla cisti, a pareti atrofiche, sanguinanti ad ogni minimo tentativo di scollamento e di dissezione, con lume ristrettissimo; ciò mi costringe a due rapide resezioni intestinali e suture trasversali. E finalmente ottengo la cisti come in fotografia (fig. 1) vuotata, come si è detto, del contenuto liquido.

Ma ricoperta da epiplon e rivestita da tessuto connettivo lasso e aderente sul fondo della vescica esiste una seconda cisti della grossezza della testa di un feto (fig. 1) a parete bianca, liscia, lucente, quasi trasparente. Essa viene dissecata dalla sierosa vescicale, sulla quale si passa qualche punto alla Lambert.

stratificato; l'interno sottile, molliccio, trasparente, più chiaro, granuloso.

Aperta la cisti con un taglio a croce (fig. 2) si rinvenne un ammasso stragrande di vescicole proligere, di colorito giallastro, di forma rotonda, di consistenza gelatinosa, di grandezza variabilissima da quella di un pisello a quella di una grossa arancia, distribuito quasi a strati. Lo strato che si vede in fotografia conta 70 vescicole proligere che si possono quasi enumerare nella fotografia stessa; in totale esse risultarono in numero di 502 oltre qualcuna perduta o disfatta nelle diverse manipolazioni. Ciascuna di esse appariva formata all'esterno dallo strato parenchimale, gelatinoso, all'interno dallo strato cuticolare. Dalla stessa fotografia si rileva quasi nel centro di ciascuna vescicola, un addensamento biancastro lucente che indica la gemmazione per la quale si è prodotta e si va producendo l'invaginazione degli scolici.

FIGURA 2.
La cisti più grande aperta con taglio a croce. All'interno si osservano cisti proligere numerose; lo strato visibile ne conta 70.

Emostasi; sutura a strati dell'addome, previa resezione di lembi cuto-sottocutanei esuberanti; tamponamento alla Mikulicz sulla capsula splenica e piccolo drenaggio di garza sull'angolo inferiore della ferita. L'intervento è durato due ore e dieci minuti; il polso si è mantenuto quasi sempre aritmico; la donna alla fine dell'operazione è molto pallida, dispnoica, depressa; polso piccolo, frequentissimo, aritmico. Tuttavia per il momento si riesce a combattere l'attacco cardiaco che invece in seguito, dopo varie alternative, porta all'esito letale.

Dopo 48 ore si toglie il tampone e il drenaggio inferiore e in settima giornata si tolgono i punti.

Dati anatomo-patologici. Presentiamo le fotografie delle due cisti intere che poi, aperte, restano ancora conservate in Reparto.

La prima pesava kg. 12 (vuotato il contenuto liquido); diametro massimo cm. 35 e minimo 30. Pareti spesse, di colorito grigio scuro, divise in due foglietti, l'esterno più spesso, più resistente,

Il liquido estratto si presentava brunastro, torbido, filante, a reazione alcalina, peso specifico 1008, albumina tracce, presenza di cloruro sodico. All'esame microscopico del sedimento si riscontrano uncini.

La seconda cisti era di un peso di kg. 4, rotonda, con diametro di cm. 17. La capsula bianca, lucente formata di due strati, l'esterno più spesso, più resistente, l'interno più sottile. Contenuto della cisti completamente liquido, chiaro come acqua di rocca, contenente cloruro sodico; di reazione alcalina, di peso specifico 1005. All'esame microscopico del sedimento, presenza di uncini. In complesso le due cisti apparivano quali veri esemplari classici la prima di echinococco fertile, a sviluppo straordinario, con numero grandissimo

di vescicole proligere; la seconda di echinococco sterile a grande sviluppo; forma acefalocisti o idatide acefalocisti.

Perchè si è seguito il metodo operatorio della estirpazione radicale? L'aspirazione del contenuto cistico seguita da immissione di liquidi parassiticidi, modificanti, sclerosanti venne subito scartata, perchè vuotata la cavità di gr. 1800 di liquido, la cisti si era di pochissimo ridotta di volume, mentre era urgente liberare gli organi con i quali essa era connessa, dalla grande pressione alla quale soggiacevano con le relative conseguenze. Questo metodo perciò se fu attuato e illustrato in casi consimili, dal Concetti, Alessandri, Piazza-Martini, Ceraulo, Cardarelli non poteva essere utile per noi, senza contare i danni e i pericoli anafilattici e tossici per l'assorbimento del liquido idatideo, nonchè le recidive; tutte cose da evitare nella nostra paziente. Tale terapia valevole per l'altra cisti meno voluminosa, venne rigettata per la relativa facilità di enucleazione di essa.

Marsupializzazione di Lindemann-Landau anche essa inapplicabile per il pericolo dell'invasione del liquido e delle cisti nel peritoneo e negli organi e anche perchè le aderenze con lo stomaco, col fegato e sovratutto quelle con l'intestino e le alterazioni di esso reclamavano una sollecita rimozione. Mentre con la marsupializzazione sarebbero rimaste indefinitamente, aggravandosi e aggravando lo stato generale, oltre che per i disturbi tossici, anche per le lunghe colliquazioni, suppurazioni e fistolizzazioni che talora durano molto a lungo fino ad un anno e mezzo come fu registrato in un caso del Cignozzi, mentre il Fichera parla di una di tali fistole che fu perfino ribelle ad ogni trattamento.

Splenectomia. Il nostro era uno dei pochissimi casi (cisti juxta-splenica) in cui era doveroso rispettare l'organo.

Anche il metodo della riduzione senza drenaggio usato largamente dal Billroth nelle cisti a semplice contenuto liquido, era inapplicabile nel nostro caso, per le stesse ragioni, tanto più che il liquido anche organoletticamente apparve anormale e le pareti tutt'altro che flosce dopo l'evacuazione; condizioni sulle quali insistono lo Stirling, il Vincent, il Mabit e Lagos Garcias che applicarono il metodo talora anche in cisti fertili, ma condizioni che ugualmente noi non avremmo ottenuto per le molteplici aderenze.

Similmente non pensammo neppure al capitonnage che nelle cisti della milza credo sia stato mai usato.

Perciò ci siamo subito appigliati al metodo della estirpazione; metodo ideale e che nel nostro caso, diventava anche metodo necessitatis; ideale perchè liberando l'addome definitivamente dalla cisti, si liberavano contemporaneamente tutti gli organi con essa in relazione, riparando le lesioni prodotte; d'altronde si rispettava l'organo, la cui funzione, certo lesa, non era però abolita come dimostrava l'esame del sangue e l'osservazione *de visu.* Tanto più che se la milza non è un organo assolutamente indispensabile come è stato dimostrato anche nell'uomo con molteplici splenectomie, tuttavia l'importanza della sua funzione dal punto di vista fisiologico, medico e anche chirurgico per la sua utilità e valore nella difesa dell'organismo contro le infezioni chirurgiche, come ha dimostrato recentemente nel suo lavoro il dott. Romano, non giustifica la soppressione dell'organo se non quando è soppressa la funzione stessa. E se è vero, come il Beresow pensa, che la milza possiede anche funzione ormonica inibitrice sul sistema nervoso autonomo e quindi vagotonica, indubbiamente in una cardiopaziente, come nel nostro caso, era da evitarsi la splenectomia. E similmente in una cardiopaziente era da evitarsi ogni metodo che avrebbe indotto processi morbosi consecutivi più o meno lunghi; perciò anche criterio necessitatis.

* * *

Ho voluto illustrare il caso, perchè, come dicevo, ritengo che sia unico nella letteratura splenica per la mole e raro per la specie juxtasplenica. Per quanto mi risulta infatti, l'echinococco della milza è rarissimo. Il Madelung calcola il 0,7 %; il Finsen 0,78 %; il Maisser 2,83 %; Donati 3 %; Vegas e Cranwel giungono al 3,10 %; Trinkler al 3,20 %; Putzu al 4,25 %; mentre Warot sale al 6 % e Cignozzi al 9 %.

In Italia, dalla letteratura più remota fino ad oggi, i casi di echinococco splenico, come scrisse il Cavina recentemente in un suo importantissimo studio al riguardo, ammontano solamente a 70 ai quali va aggiunto il mio (1). Riguardo alle dimensioni, tutti gli autori stranieri ed italiani parlano di grossezza pari alla testa di un feto e talora a quella di un adulto.

In Italia fra le dimensioni più notevoli, troviamo in Morgagni: « Sulle sedi e sulle cause dei morbi », che egli all'autopsia del cadavere di una giovane ventenne, trovò, tra le altre, una vescica della milza più voluminosa del naturale.

Ed il Morgagni stesso cita un caso del Coiter che osservò sotto la milza di un impiccato un'idatide ch'era grossa due pugni, mentre G. Davide Mauchart osservò un'idatide della milza « magnus tamen, ut qui basi diaphragmati annexa

(1) In questi giorni ho letto altri tre casi citati dal Leotta nella seduta del 28 novembre 1925 alla R. Accademia Medica di Roma.

virile caput non mediocre aequabat; pondere quoque non superabat libras quattor » ed apertala « aquae enim erumperunt librae quattor ».

Tommasi descrive una cisti splenica riscontrata all'autopsia che dalla sesta costola giungeva alla cresta iliaca e in direzione trasversale al disopra dell'ombelico.

Taruffi parla di una cisti della milza con diametro maggiore di cm. 18 e minore di 17.

Durante, con una splenectomia, asportò un enorme echinococco della milza migrato nel basso ventre.

Pizzi descrive una splenectomia del Novaro con la quale venne asportata una cisti del diametro verticale cm. 23 (di cui 9 spettanti alla milza) diametro trasverso 13, circonferenza 41.

Tricomi con la splenectomia asportò una cisti splenica di lunghezza cm. 32, di cui 12 appartenenti alla milza ipertrofica.

Spadaro mediante splenectomia, asportò una cisti di peso 1370 gr., di lunghezza massima cm. 36 e di larghezza 21 e circonferenza 55, ma è compresa la milza che presentava i segni della ipertrofia malarica.

Il Biondi in un suo caso, parla di dimensioni che superano una grossa testa di adulto e il Duner sulla Sezione pratica del *Policlinico*, riferisce un caso operato dal prof. Monzardo con splenectomia, di volume superiore a quello di una testa di adulto.

Riguardo alla specie juxtasplenica credo che oltre al caso presentato, ne esista solo un altro descritto dal compianto ed illustre mio concittadino prof. Nicola Giannattasio nel 1905 e per il quale egli scrive che la cisti era attaccata per mezzo di un sottile peduncolo alla faccia interna della milza ipertrofica.

Ma il nostro caso attrae ancor più la nostra attenzione, quando si pensi che oltre alla enorme cisti juxtasplenica, altra ne esisteva attaccata alla vescica forse indipendente dalla prima, più probabilmente cisti figlia esogena della prima.

Scriveva l'attuale primario chirurgo dell'Ospedale di Spalato dott. B. Pericic, nel 1906 quando ancora era primario a Zara, nel suo libro « La malattia dell'echinococco » che « è appena una diecina d'anni che nella letteratura medica risulta il primato della Dalmazia sulle altre regioni d'Europa in questo riguardo ».

Purtroppo debbo ritenere che le sue osservazioni ancora oggi sono per la Dalmazia identiche a quel tempo e dalla mia statistica personale con casi che mi propongo d'illustrare in seguito, mi risulta nell'Ospedale di Zara, una percentuale di echinococco dell'1 % circa, semplicemente fra i ricoverati della Sezione chirurgica.

Zara, 2 marzo 1926.

BIBLIOGRAFIA.

TRINKLER. *Kyste hydatique solitaire de la rate.* Revue de Chir., 1894.

PUTZU. *L'echinococco in Sardegna.* Archivio ital. Chirurgia, 1925, XII, pag. 112.

TRICOMI. *Cisti idatidea della milza. Splenectomia, guarigione.* Riforma medica, 1902.

SPADARO. *Splenectomia per cisti da echinococco con ipertrofia malarica.* Policlinico, Sez. chir., pag. 148.

BIONDI. *Su di un caso di echinococco della milza.* Riforma medica, 1911.

DUNER. *Un caso di cisti da echinococco della milza curato con la splenectomia.* Policlinico, Sezione pratica, 1924, pag. 319.

GIANNATTASIO. *Echinococco primitivo suppurato in milza malarica. Splenectomia, guarigione.* Riforma medica, 1905, pag. 681.

PERICIC. *Ekinokokova bolest. Prosto razlozenje o bicu i nacinu rasprostiranja ove bolesti, osobitim osvrtanjem na prilike u. Dalmacije.* Zadar, 1906.

ROMANO. *La milza dal punto di vista chirurgico,* 1926. (Pubblicazione del Policlinico).

STIRLING e VINCENT. Menzionati da VAROT. *Contribution à l'étude de kystes hydatiques de la rate.* Thèse de Lyon, 1905.

MABIT. *Contribution à l'étude du traitemente chirurgical des kystes hydatiques de l'abdomen.* Revue de chirurgie, 1905.

FINSEN. *Les échinocoque en Islande.* Arch. gén. de Méd., 1869.

DONATI. *Chirurgia dell'addome.* Unione tipografico torinese, 1914.

CONCETTI. *Echinococchi della milza.* Giorn. intern scienze mediche, Napoli 1880.

ALESSANDRI. *Echinococco della milza e piotorace intercorrenti operati e guariti.* Raccoglitore medico, 1878.

PIAZZA-MARTINI. *Sugli echinococchi primitivi della milza.* Rivista Clinica, Milano, 1892.

CERAULO. *La cisti solitaria idatidea della milza.* Il Morgagni, 1904.

CARDANELLI. *Contributo alle splenectomie chirurgiche. Policlinico,* Sez. chir., 1922.

VEGAS et CRANWEL. *Les kystes hydatiques et leur traitement dans la République Argentine.* Revue de chir., 1901.

CIGNOZZI. *L'echinococco splenico.* Archivio it. Chirurgia, 1922, X.

CAVINA. *Splenectomia per cisti da echinococco con cenni statistici sull'echinococco in Italia.* Arch. ital. chir, vol. XIV, fasc. I, 1925, pag. 1.

MORGAGNI. *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis.* Venetiis, 1761, Lib. III, Epist. XXXVIII, par. 34-42 ed Epist. XXXVI, par. 18.

TOMMASI. *Storia di un caso di echinococco sviluppatosi nella milza.* Appendice alla traduzione. Vermi di Cobbold, 1873.

TARUFFI. *Compendio di anatomia patologica generale,* 1870.

DURANTE. *Alcuni tumori cistici dell'addome, del rene, della milza e dell'omento.* Atti soc. ital. chir., 1888.

PIRRI. *Splenectomia per cisti da echinococco della milza praticata dal prof.* NOVARO *nella clin. chirurgica di Bologna.* Bull. scenze mediche, 1892.

OSPEDALE CIVILE DI MENFI.

Cisti idatidea del ginocchio.

Dott. SANTI BIVONA.

Le cisti d'echinococco, che attaccano le ossa, sono relativamente rare e sono meno frequenti fra esse quelle, che hanno sede nelle ossa lunghe. Se il Gandolphe su 52 casi di localizzazione ossea da lui studiati, ne trovò 26 aventi sede nelle ossa lunghe, il Robin invece su 122 osservazioni ne costatò 53 ed il Frange Nheim su 113 casi ne trovò 42.

Il Costantini (1) nel suo pregevole e completo lavoro sulle cisti idatidee delle ossa lunghe su una settantina di osservazioni sparse nella letteratura, ne potè consultare 53 delle quali 14 avevano sede nel femore e 14 nella tibia. La sede maggiormente preferita dal parassita è la parte epifisaria delle ossa. Ne trovò sei casi, in cui la sede della cisti era la estremità superiore della tibia e l'inferiore del femore, con interessamento della cavità articolare del ginocchio e, quasi esclusivamente (5 su 6), rilevati d'autori inglesi.

Data la rarità della localizzazione del parassita agli estremi inferiore del femore e superiore della tibia, con interessamento dell'articolazione del ginocchio, credo utile di dare pubblicità a questa mia interessante osservazione, la quale verrebbe ad essere la settima nella letteratura medica.

L. M., di anni 28, nato in Menfi, ma residente in Brooklyn, dove emigrò all'età di 14 anni, esercitandovi il mestiere di calzolaio, nel 1916 fu colpito da febbre forte continua per circa un mese.

Circa tre settimane dopo la cessazione della febbre, gli comparve, alla parte superiore del cavo popliteo destro, una tumefazione circoscritta, che alla palpazione era indolente. Ma d'allora in poi il Lipetri cominciò ad avvertire, nella deambulazione, una leggiera debolezza dell'arto inferiore destro. La tumefazione lentamente cresceva di volume.

Nel 1920 si ammogliò e la sera in cui si festeggiava il suo matrimonio, durante il ballo, sentì una forte sensazione dolorosa al ginocchio destro. Col riposo il dolore si attenuò alquanto, ma in seguito lentamente cominciò a crescere e comparve la claudicazione. Questi fatti man mano progredirono al punto, che, circa un anno dopo (nel 1921), resero la deambulazione impossibile.

In tutto questo periodo di tempo il ginocchio destro era notevolmente aumentato di volume e divenuto sensibile alla pressione.

In un primo tempo un medico del luogo, che ebbe a visitare l'infermo, consigliò e tentò, senza successo, l'estirpazione della tumefazione poplitea. Ma l'infermo nessun beneficio ottenne, perchè la tumefazione rimase e le sofferenze continuarono.

Entrato in un ospedale fu tenuto a letto, col ginocchio ammalato in perfetto riposo. Ma da questa immobilità e da cure medicamentose fatte nessun beneficio ne ottenne.

Ricoverato in altro ospedale, dai sanitari gli furono praticate varie punture esploratrici al ginocchio ammalato e, col materiale estratto, vennero fatte inoculazioni alle cavie con risultato negativo, benchè la lesione fosse ritenuta di natura tubercolare.

In un terzo ospedale, come trattamento curativo, gli furono praticate varie sedute coi raggi X, ma ne ebbe marcatissimo peggioramento, perchè d'allora in poi, col maggiore ingrossamento del ginocchio e colle maggiori sofferenze, la deambulazione, che prima era stata possibile coll'aiuto del bastone, non potè essere eseguita senza la gruccia. Durante la sua permanenza nell'ospedale, nel dubbio di una infezione luetica, gli furono praticate varie iniezioni di calomelano, senza effetto benefico di sorta.

Dopo otto mesi di forzato riposo in casa, fece ritorno in Menfi. Assicura di non avere avuto malattie veneree di sorta. Dal matrimonio ha avuto un figlio che sta bene in salute, come bene stanno tutti gli altri membri della sua famiglia, padre, madre, moglie, ecc.

*
* *

Visitai l'infermo nella prima quindicina di giugno del 1924.

Lo trovai emaciato, pallido, anemico, giacente in letto sul lato destro, con la gamba destra alquanto flessa sulla coscia. Il ginocchio corrispondente era grandemente ingrossato e questa sua tumefazione era più accentuata nelle parti laterali e si estendeva alquanto, gradatamente decrescendo sull'estremità superiore della gamba, ma maggiormente sulla parte inferiore della coscia.

Le masse muscolari della coscia, ma più specialmente quelle della gamba erano ridotte di volume. La circonferenza del ginocchio destro nella parte ingrossata era di cm. 53, quella della gamba al polpaccio di cm. 25 e quella della parte media della coscia di cm. 34, mentre dal lato sinistro le circonferenze rispettive erano di cm. 28 al ginocchio, di cm. 30 alla gamba e di cm. 38 alla coscia.

Il ginocchio così ingrossato presentava una leggiera elasticità pastosa, tanto all'interno che all'esterno; la pressione era alquanto dolorosa. Durante le manovre non ebbi mai ad avere la sensazione di sfregamento, di crepitio, nè di fluttuazione.

Credendo trattarsi di un tumore bianco articolare, data l'epoca favorevole, consigliai i bagni di mare e di sole con le iniezioni iodiche alla Durante.

L'infermo fino a tutt'agosto fece la cura balneare e di sole nella spiaggia del vicino Porto Palo. Ritornò notevolmente migliorato in salute, ingrassato, rifatto nel colorito; ma le condizioni del suo ginocchio ammalato permanevano sempre le stesse. Continuò la cura delle iniezioni iodiche; ma, non ottenendosi vantaggi locali di sorta, consigliai la cura chirurgica che, se possibile, avrebbe dovuto limitarsi alla resezione articolare.

(1) COSTANTINI. *Le cisti d'echinococco delle ossa lunghe*. Revue de Chirurgie, juin 1924, Paris.

*
* *

L'infermo venne ricoverato nell'Ospedale civile di Menfi.

Il 13 dicembre 1924, previa anestesia cloroformica, disinfezione abituale della regione ed applicazione della fascia d'Esmarck, procedei all'operazione.

Con taglio curvilineo antero-laterale a concavità superiore, aprii l'articolazione. Dalla fatta incisione uscirono circa 2 litri di un liquido giallastro con una infinità di cisti d'echinococco di grossezza variabile da quella di una noce a quella di un piccolo cece. La cavità cistica non solo occupava l'articolazione del ginocchio, ma si estendeva in basso nei due terzi interni dell'epifisi tibiale ed in alto, maggiormente dal lato del femore, la cui estremità era grandemente dilatata e corrosa. L'osso usurato era ridotto in sottilissima foglia pergamenacea. La cisti riempiva tutta questa cavità osseo-articolare e si spingeva in alto nel canale del femore.

Distaccai la cisti dal tessuto osseo anche nella cavità midollare del femore, di cui occupava quasi la metà. L'osso usurato era ridotto a sottile foglia pergamenacea nel terzo inferiore del femore, ma nella parte media cominciava ad ispessirsi gradatamente e verso la metà del femore aveva uno spessore di poco più di un millimetro.

Date queste condizioni del femore, certamente pareva più indicata la disarticolazione della coscia, ma nella speranza che, rimossa la cisti, la rigenerazione dell'osso avesse colmato la cavità femorale, presi la determinazione di praticare l'amputazione della coscia, al terzo medio, che avrebbe lasciato un moncone favorevole, per l'applicazione di un apparecchio ortopedico.

Furono fatti due grandi lembi muscolo-cutanei: uno anteriore e l'altro posteriore. L'osso fu tagliato circolarmente e con forbice di Liston fu regolarizzato il bordo del taglio. La cavità profonda circa 18 cm. nella quale si trovano alquante piccole cisti, fu raschiata con un lungo cucchiaio di Wolkmann ed abbondantemente lavata con acqua sterile prima e fortemente iodata successivamente.

Praticata le legatura dei vasi arteriosi, tolto il laccio d'Esmark, si ebbe una noiosa emorragia capillare, che fu arrestata con lo zaffamento della cavità formata delle superficie cruente e con pressione esercitata sui lembi.

La sera dello stesso giorno ci fu emorragia, che potei frenare con l'applicazione di qualche pinza emostatica. Il 14 dicembre rimossi la medicatura e le pinze e procedei alla legatura di una arteria vicina al fascio arterioso, la cui legatura si era rimossa, per cui era avvenuta l'emorragia.

Per una quindicina di giorni ci fu abbondante secrezione per eliminazione dei tessuti contusi. La cavità ossea dava secrezione sanguinolenta ed era lavata con acqua iodata e zaffata con striscia di garza iodoformica. La ferita si coprì di granulazioni di ottimo aspetto. La secrezione andò man mano diminuendo. Dopo una ventina di giorni, per l'esubero di granulazioni dei lembi, riuscendo difficile la medicatura della cavità ossea, che era già molto ridotta e non secernente, fu cessata.

Il processo di riparazione progredì regolarmente e la guarigione completa si ottenne il 15 febbraio 1925.

Verso la fine di marzo fu possibile applicare un apparecchio ortopedico, che permise al L... di potere camminare. Egli rifatto in salute, nell'estate potè ritornare in Brooklyn, in seno alla sua famiglia.

*
* *

La cisti era uniloculare, ripiena di numerosissime cisti figlie di varia grossezza. Occupava tutta la cavità del ginocchio ed il terzo inferiore del femore, con due prolungamenti: uno inferiore, che largamente si affondava nell'estremità superiore della tibia, specie nei suoi due terzi interni, l'altro superiore, che si spingeva nella cavità ossea femorale, raggiungendo poco più della metà della stessa.

Il tessuto osseo era usurato, corroso e ridotto a sottile lamina pergamenacea nella parte inferiore del femore. In parecchi punti questa corteccia ossea presentava piccole interruzioni. La cisti aveva preso maggiore sviluppo nella cavità articolare del ginocchio e si mostrava meno distesa nella parte mediana anteriore, perchè ostacolata dal legamento del tricipite femorale, dalla rotula e dal legamento rotulico-tibiale. La rotula era molto usurata nella sua parte articolare. Erano distrutti i legamenti intrarticolari e le cartilagini d'incrostazione.

*
* *

L'evoluzione delle cisti idatiche delle ossa è generalmente lentissima. Nel caso clinico riferito pare che l'inizio della malattia abbia avuto luogo prima dell'apparizione della tumefazione del cavo popliteo (1916). I disturbi da essa apportati nei primi anni furono lievi, tanto che l'infermo, senza preoccupazione alcuna della malattia, che l'insidiava, nel 1920 prese moglie. L'invasione della cavità articolare provocò una rapida crescenza e l'impotenza funzionale dell'arto.

Il tumore cistico comparve nella parte superiore del cavo popliteo. Le più grandi lesioni ossee erano dal lato del femore.

È da credere fondatamente che il parassita si sia fissato nell'epifisi inferiore del femore, lato posteriore, donde, col lento suo accrescimento, abbia prodotto in un primo tempo la tumefazione poplitea e successivamente l'invasione della cavità articolare, lo svuotamento dell'estremità inferiore del femore e di quella superiore della tibia.

*
* *

La rarità delle cisti idatidee delle ossa, la mancanza di sintomi speciali caratteristici fa sì che la diagnosi di questo genere di malattie, quasi generalmente, viene eseguita all'atto dell'intervento chirurgico, sia per correggere fratture non consolidate, sia per aprire raccolte ascessuali, sia per estirpare tumori, infiltramenti, ecc.

In quest'ultimi tempi l'uso dei raggi X, la reazione di Weiberg e l'eosinofilia sono stati adoperati per chiarire il sospetto diagnostico, ma con risultati molto incerti. Pertanto rimane quasi nella sua integrità l'opinione dei clinici, che la diagnosi delle cisti ossee idatiche viene fatta al tavolo chirurgico ovvero a quello anatomico.

La mancanza di fluttuazione e di scricchiolio osseo, la grande sensibilità alla pressione, la grave emaciazione dell'infermo, l'ipotrofia muscolare dell'arto non mi fecero sorgere dubbio sulla diagnosi di tumore bianco avanzatissimo del ginocchio. Anzi il miglioramento dello stato generale dell'infermo, ottenuto coi bagni di mare e di sole e con le iniezioni iodiche, pareva che venisse a confermare il concetto diagnostico già fattomi.

Da quanto potè riferire l'infermo, persona abbastanza intelligente, anche negli ospedali americani la diagnosi più probabile fu ritenuta quella tubercolare per chiarire la quale furono praticate le inoculazioni alle cavie, ma con esito negativo.

*
* *

Nei casi diagnosticati precocemente, quando la cisti non ha preso grande dimensione, la cura idealmente opportuna sarebbe l'apertura della stessa, il suo svuotamento, raschiamento, lavaggio e possibilmente con l'innesto nella cavità ossea di altri tessuti, potrebbe tentarsi la guarigione per prima intenzione. Ma quando le dimensioni della cisti hanno preso una certa estensione, quando l'usura dell'osso è considerevole, non c'è altra risorsa curativa se non l'amputazione o la disarticolazione a monte della parte ammalata dell'osso.

Nel caso clinico descritto anche se fosse stata da me posata la diagnosi di cisti d'echinococco del ginocchio, la cura sarebbe stata sempre la stessa: o amputazione della coscia o disarticolazione dell'anca. La sottigliezza ossea del femore, la dilatazione imbutiforme assunta dalla sua cavità ossea dal basso in alto, il dubbio fondato che il midollo soprastante alla propaggine cistica fosse infetto, avrebbe consigliato, come curativamente più idonea la disarticolazione coxo-femorale. Ma la maggiore gravità dell'atto operatorio, la speranza di lasciare un moncone maggiormente idoneo per l'applicazione di un apparecchio ortopedico, mi decisero ad eseguire l'amputazione e l'esito favorevolmente ottenuto dall'eseguito atto operatorio venne certamente a sanzionare la mia condotta.

*
* *

Il Costantini, come avanti si è fatto cenno, nelle sue indagini bibliografiche trovò solo sei casi di lesioni idatidee che, attaccando un'estremità delle ossa vicine, hanno interessato l'articolazione del ginocchio.

Il caso da me illustrato è quindi il settimo della serie e, per l'entità delle lesioni riscontrate al ginocchio; femore, tibia e cavità articolare, è di sicuro uno dei più interessanti.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

Le pupille nelle affezioni somatiche e viscerali.

(BYRNE. *Journal Nervous and Mental Disease*, febbraio 1926).

L'A. ha dimostrato sperimentalmente che dopo lesioni di nervi periferici si verifica costantemente una dilatazione paradossa e pseudoparadossa della pupilla, che è omolaterale nelle lesioni dei nervi al di sopra dell'ombelico e controlaterale in quelle al di sotto. La dilatazione paradossa vera si mette in evidenza mediante iniezioni sottocutanee o endovenose di adrenalina e generalmente dopo un periodo di dodici giorni per le lesioni nervose al di sopra dell'ombelico e di cinque ad otto per quelle al di sotto. La dilatazione pseudoparadossa invece appare entro 24 ore dalla lesione, dura qualche settimana per scomparire quando è possibile provocare con i mezzi indicati la dilatazione paradossa vera.

Durante o immediatamente dopo un leggero schiacciamento dello sciatico la pupilla controlaterale diventa più ampia per ritornare più piccola quando sono cessati gli effetti dello stimolo traumatico e l'animale trovasi in perfetta quiete; ma al più piccolo eccitamento, al semplice tocco, ad un urto, ad un movimento dell'animale, la pupilla controlaterale si dilata di nuovo. Questa dilatazione pseudoparadossa ha il seguente meccanismo: la dilatazione iniziale è dovuta ad ec-

citamento dei neuroni affettivi primari, che secondariamente cadono in uno stato di deficienza funzionale, donde la costrizione pupillare, e diventano d'altra parte più facilmente eccitabili, donde la più facile provocazione di midriasi in seguito a lievi eccitamenti dolorosi.

Fenomeni pupillari analoghi l'A. ha ottenuto sperimentalmente in seguito a lesioni viscerali. Le lesioni di un polmone, di un rene, di un ovaio, di un testicolo e le lesioni unilaterali di organi cavi come il cuore, i grandi vasi, il tubo gastroenterico, inducono il fenomeno pseudoparadosso omolaterale quando l'organo leso è innervato prevalentemente dai segmenti midollari al di sopra del decimo, e controlaterale per gli organi con innervazione segmentaria inferiore. Le esperienze fatte sugli animali tenderebbero a dimostrare che il fenomeno pseudoparadosso è in rapporto a lesioni dolorose somatiche e viscerali, e che insieme al dolore riflesso ed all'iperalgesia costituisce un mezzo di localizzazione delle affezioni viscerali.

Il fenomeno pseudoparadosso è omolaterale nelle lesioni provocate con schiacciamento o agopuntura delle seguenti parti: cute di metà della faccia, del capo e del tronco fino all'ombelico, corteccia renale, nefrectomia totale, parete anteriore dello stomaco, parete posteriore dello stomaco, un polmone, ventricolo destro del cuore, ventricolo sinistro, arco dell'aorta, milza, parte destra del duodeno, metà della tiroide, una surrenale, un testicolo, un ovaio.

Il fenomeno è invece controlaterale nelle lesioni del parenchima renale, della pelvi e dell'uretere, di un testicolo, dell'epididimo, della metà del l'utero, della vagina e della vescica, di una salpinge, dell'appendice, della valvola ileo-cecale, della metà della superficie cutanea al di sotto dell'ombelico.

Le lesioni del fegato, della cistifellea, del pancreas, del peritoneo parietale hanno dato risultati contrastanti o negativi.

Dopo di che l'A. riassume le seguenti osservazioni cliniche nelle quali si verificò il fenomeno pseudoparadosso:

1) *Lacerazione del plesso brachiale sinistro*: il soggetto presentava disturbi della motilità, sensibilità e reflettività in rapporto a lesione della V, VI e VII radice cervicale sinistra; durante le crisi dolorose al braccio ed alla mano le pupille si dilatavano e la sinistra più della destra.

2) *Contusione del plesso brachiale sinistro*: il soggetto in seguito a lussazione della spalla sinistra soffriva violenti dolori al palmo della mano, che persistettero anche dopo la riduzione. Fu necessario ricorrere all'iniezione d'alcool nei tronchi nervosi dell'avambraccio. Durante la malattia la pupilla sinistra era più ampia della destra e questa disuguaglianza persistette anche dopo la scomparsa del dolore, alla quale residuò insensibilità nell'area di distribuzione del radiale e dell'ulnare, però con persistenza della sensibilità protopatica.

3) *Frattura dell'omero*: in due casi di frattura dell'omero sinistro consolidata con callo regolare si presentarono disturbi rispettivamente a carico del mediano in uno e dell'ulnare e radiale nell'altro: in ambo i casi si aveva dilatazione della pupilla sinistra in seguito ad ogni movimento o eccitazione del braccio.

4) *Neurite dell'ulnare*: una donna in seguito a trauma al gomito sinistro soffrì neurite cui seguì paralisi completa dell'ulnare: la paziente presentava il fenomeno pseudoparadosso nella fase negativa: la pupilla sinistra era più piccola della destra.

5) *Ascesso al dorso del piede sinistro*: in seguito a processo osteomielitico dei metatarsi si sviluppò ascesso al dorso del piede sinistro: quando il piede era dolente spontaneamente la pupilla destra si allargava, mentre nello stato di accalmia la stessa pupilla era più piccola: quando, in tali condizioni, si esercitava una pressione sulla parte malata in modo da provocare dolore, la pupilla destra si dilatava.

7)-8) *Frattura della tibia e del perone di sinistra*: durante i periodi di calma era più piccola la pupilla destra; il fatto inverso si ebbe in un caso di frattura della gamba destra. Lo stesso fenomeno pseudoparadosso in fase negativa si ebbe in un'altra frattura della gamba. In un altro caso con dolori violenti si ebbe il fenomeno in fase positiva.

9) *Lussazione dell'anca destra*: nello stato di riposo la pupilla destra era più piccola, ma diventava subito più ampia quando il paziente tentava di stare in piedi o camminare.

10) *Lesione del nervo popliteo esterno sinistro*: anche dopo la sutura del nervo la funzione motoria e sensitiva erano quasi abolite e la pupilla destra era più piccola della sinistra.

11) *Ferita del nervo tibiale destro*: anche dopo l'estrazione del proiettile si notava piede cascante ed intensa iperalgesia (dissociazione protopatica) nell'area di distribuzione del tibiale, la pupilla sinistra era più ampia della destra. Con il miglioramento delle condizioni motorie e dell'iperalgesia la pupilla sinistra diventò più piccola.

12) *Ulcera della parete anteriore dello stomaco*: caratteristica zona d'iperalgesia al dorso ed all'epigastrio a cintura tra la regione mammaria e l'ombelico: dilatazione della pupilla sinistra durante le crisi dolorose.

13) *Cisti ovarica sinistra*: dolori premestruali al quadrante inferiore sinistro dell'addome, iperal-

gesia riflessa a fascia a livello dei lombi e dell'ombelico, dilatazione della pupilla sinistra durante i dolori, pupille eguali nell'accalmia. Dopo l'operazione le pupille rimasero uguali.

14) *Calcolo nella porzione inferiore dell'uretere sinistro*: iperalgesia nella zona cutanea dell'uretere e della vescica (scroto, superficie inferiore del glande, perineo e parte interna delle regioni glutee), più dilatazione della pupilla destra, cui seguì restringimento della pupilla stessa quando il calcolo passò in vescica.

15) *Impianto in alto dell'uretere destro con idronefrosi, cateterismo dell'uretere*: durante le crisi dolorose dilatazione della pupilla omolaterale, quando il catetere entrava nell'uretere dilatazione della pupilla controlaterale, quando penetrava nella pelvi dilatazione della pupilla omolaterale.

16) *Epididimite traumatica destra*: iperalgesia scroto, perineo, superficie inferiore del glande, durante i periodi di riposo pupille eguali, la pressione sull'epididimo provocava dilatazione della pupilla sinistra.

17) *Orchi-epididimite acuta destra*: nella posizione eretta dilatazione della pupilla destra, lo stesso fenomeno alla pressione del testicolo, dilatazione della pupilla sinistra alla pressione del solo epididimo, pupille eguali nella posizione supina.

18) *Affezioni cardio-aortiche con attacchi anginoidi*: durante gli accessi dolori, dilatazione della pupilla sinistra.

La dilatazione pupillare, fase positiva del fenomeno pseudoparadosso, come il dolore e l'iperalgesia, che si verificano nelle lesioni somatiche e viscerali sono l'effetto dell'iperfunzione dei neuroni affettivi primari innervanti la parte lesa o l'organo malato.

Per utilizzare il fenomeno pseudoparadosso a scopo diagnostico è necessario anzi tutto accertare se vi siano altre possibili cause di disuguaglianza pupillare, quali, ad esempio, i vizi di refrazione, le malattie oculari o nervose.

Si deve tener conto che dopo ogni lesione, somatica o viscerale, la pupilla relativa è di solito più piccola (fase negativa) quando il paziente trovasi tranquillo o in periodo d'accalmia, e che la pupilla stessa diventa più grande durante le crisi dolorose spontanee o provocate.

Perchè si abbia il fenomeno è necessario che la lesione viscerale sia completamente o prevalentemente unilaterale. Così quando la polmonite colpisce un solo polmone si ha dilatazione pupillare omolaterale, quando colpisce ambo i polmoni la dilatazione si avrà al lato del polmone maggiormente leso. Nelle lesioni dello stomaco e dell'intestino superiore il fenomeno è omolaterale quando la lesione è del tutto o prevalentemente unilaterale in riguardo alle aderenze mesenteriche. Nelle lesioni del tratto inferiore dell'intestino e dell'appendice il fenomeno è controlaterale in rapporto alla primitiva aderenza mesenterica.

Nelle cardiopatie acquisite il fenomeno si avvera a sinistra e così nelle affezioni aortiche. Nelle cardiopatie congenite, che per lo più colpiscono il cuore destro, la dilatazione pupillare si ha a destra. I reni, i testicoli, gli annessi uterini hanno una doppia innervazione afferente: la corteccia renale, il testicolo propriamente detto, l'ovaio (parti secretive) sono in rapporto con i segmenti midollari al di sopra del decimo, mentre l'uretere, la pelvi, l'utero, l'epididimo, il dotto deferente (parti tubulari) sono in rapporto con i segmenti più bassi. Perciò nelle lesioni di questi organi il fenomeno pupillare si avrà nell'occhio omolaterale o controlaterale a seconda della prevalenza della lesione nella parte secretiva o tubulare.

Il comportamento della pupilla nelle affezioni somatiche e viscerali oltre che nella pratica ordinaria può essere sfruttato a scopo medico-legale.

DR.

FARMACOLOGIA E TERAPIA.

Il significato farmacologico delle miscele medicamentose. (Sinergismo).

(E. BÜRGI. *Med. Klinik*, 28 maggio 1926).

Quando si parla di combinazioni medicamentose, come pure del sinergismo, si intende oggi soltanto una parte del vasto campo che tale espressione indica. Se, p. es., in un individuo con tubercolosi polmonare, noi diamo, oltre alla cura specifica, della codeina per la tosse e dell'arsenico per il miglioramento del ricambio, introduciamo nell'organismo diversi medicamenti, pur senza pensare ad un sinergismo. Il medico prescrive spesso insieme dei medicamenti di diversi gruppi, un espettorante con un narcotico, un cardiocinetico con un diuretico, un astringente intestinale con degli oppiacei; ma queste combinazioni interessano poco lo studioso, in quanto che si ammette che ogni medicamento provveda allo speciale sintomo e che le singole azioni non si influenzino reciprocamente. E così accade di fatto, sebbene vi siano delle eccezioni sulle quali però non si può certamente fondare una regola generale.

Quando invece si parla di azione delle combinazioni di medicamenti, di sinergismo, si pensa involontariamente a combinazioni, di cui i singoli elementi agiscono nello stesso senso e ci interessa soprattutto la questione se la contemporanea introduzione di parecchi di tali medicamenti porti ad un effetto che sia la somma delle singole azioni. Da tempo si indica l'aumento dell'effetto totale come un elevamento a potenza, ma l'espressione non è esatta, come è ingannevole l'espressione di rinforzo in quanto che anche la

semplice aggiunta della stessa sostanza costituisce un rinforzo. Sarebbe meglio parlare di un aumento dell'effetto totale oppure di un'azione che oltrepassa la semplice addizione.

Non è sempre facile decidere se l'introduzione contemporanea di due medicamenti porti ad un aumento dell'azione. Anzitutto si deve riconoscere che ci mancano dei metodi precisi che ci permettano di riconoscere gli effetti quantitativi di molti gruppi medicamentosi. Ciò va detto specialmente per i narcotici: la narcosi consiste essenzialmente nella paralisi di tutto il sistema nervoso centrale con esclusione del midollo allungato. Il concetto però comprende un grande complesso sintomatico: non è possibile determinarne il primo inizio insidioso, nè stabilire con sicurezza il momento in cui essa incomincia ad essere totale, nè quello in cui incomincia a svanire.

Se si considera p. es., il riflesso omolaterale dei flessori, si ha un segno più preciso, ma che ha un significato non già generale, ma soltanto per quel dato riflesso.

Grande importanza ha anche la specie animale. Le rane si prestano, per la determinazione della dose di narcosi, meglio che non i conigli, poichè l'assunzione della posizione dorsale costituisce un segno preciso. Un'idea ancor più chiara si ha usando organismi più in basso nella scala zoologica, come p. es., i parameci, ma si rimane però in dubbio se in questi animali senza sistema nervoso centrale, si possa parlare di vera narcosi. Si pensi poi alle differenze individuali, assai notevoli negli animali superiori, per cui è necessario esperimentare sopra un gran numero oppure parecchie volte sopra uno stesso individuo e ci si farà un concetto delle difficoltà che si incontrano nel determinare l'azione delle combinazioni di narcotici.

La complessità dei processi biologici ne rende difficile la misura ed è solo con lo sforzo costante di molti ricercatori che si è arrivati ad avere una idea approssimativa sull'effetto delle combinazioni di narcotici.

L'A., fin dal 1909, ha stabilito una legge che è stata considerata come prematura, ma che anche oggi può ritenersi, se non una vera legge, almeno una regola, pur con delle eccezioni, fatto del resto comune a tutti i processi biologici.

Secondo tale regola, l'unione di due medicamenti dello stesso gruppo principale, porta ad una addizione se essi appartengono allo stesso sottogruppo ed invece ad un elevamento a potenza se appartengono a sottogruppi diversi. L'espressione è più precisa se, ai gruppi e sottogruppi, si sostituisce il concetto di punti d'attacco farmacologici uguali o differenti Questo è tanto più necessario in quanto che, per scopi didattici, si comprendono in un solo gruppo medicamenti ad azione così diversa. Si consideri p. es. quello dei medicamenti cardiaci; esso comprende i corpi digitalici che aumentano il volume e diminuiscono la frequenza del polso ed, al tempo stesso, il gruppo della caffeina che ha azioni del tutto opposte. Tali azioni tanto diverse finiscono per creare due correnti del tutto differenti, per cui non si può certamente parlare nè di addizione, nè di elevamento a potenza. In realtà la somministrazione contemporanea di due di tali sostanze si comporta come una miscela di medicamenti ad azioni diverse, come quando si somministra ad un paziente del chinino ed insieme un mezzo contro la tosse.

Con ciò non si esclude che anche medicamenti a diverso punto d'attacco farmacologico possano sommarsi nelle loro azioni. L'A. ha fatto a tale proposito la seguente tabella:

a) Medicamenti ad azione simile e con simile punto di attacco farmacologico:

Serie	Azione	Effetto di combinazione
1 narcotici della serie grassa	Narcosi Paralisi del respiro » dei riflessi	Addizione
2 Metilxantina	Eccitazione cardiaca Diuresi	»
3 Tropeina	Azione sull'intestino » sul vago cardiaco Midriasi	»
4 Sali	Diuresi	»
5 Derivati antracenici	Purganti	»

b) Medicamenti ad azione simile e differente punto di attacco farmacologico:

Serie	Azione	Effetto di combinazione
1 narcotici della serie grassa scopolamina	Narcosi	Elevamento a potenza
2 Morfina + scopolamina	»	» »
3 Morfina + narcotici della serie grassa	Narcosi paralisi del respiro	Addizione ? Elevamento a potenza?
4 Veronal + piramidone	Analgesia	Elevamento a potenza
5 Chinino + antipirina	Analgesia Abbassamento della temperatura Paralisi dei parameci	Elevamento a potenza
6 Atropina + cocaina	Midriasi	» »
7 Fisostigmina + Pilocarpina	Miosi Eccitazione peristaltica Aumento di salivazione	» »
8 Metilxantina + sali	Diuresi	» »
9 Combinazione di rimedi ecbolici	Eccitazione dell'utero	» »

Di particolare interesse è il gruppo 5 della seconda serie, poichè è notevole la differenza di azione del chinino da quella degli altri antipiretici. Così pure il gruppo 6, in cui l'atropina provoca la midriasi per paralisi parasimpatica, la cocaina invece per eccitazione simpatica; l'effetto elevato a potenza è stato anche misurato con adatti apparecchi. Così pure offre differenti punti di attacco farmacologici la combinazione del gruppo 7.

Di parecchi altri medicamenti non si può dire se abbiano o meno differenti punti di attacco sebbene possano aversi con essi delle combinazioni di azione; le differenze chimiche hanno soltanto un'importanza indiretta.

Per quanto riguarda le combinazioni degli alcaloidi dell'oppio, non si può ancor dire l'ultima parola. La suddivisione in derivati dell'isochinina e del fenantrene non ha un sicuro fondamento chimico ed è priva di significato farmacologico. La morfina e la tebaina sono entrambi derivati dal fenantrene ed hanno azioni del tutto diverse. Si è spesso asserito che con la combinazione dei diversi alcaloidi si ha un elevamento a potenza, ma ne manca la prova. In realtà, se così fosse, non vi sarebbe bisogno di usare abitualmente 2 cg. di pantopòn, che contengono proprio un cg. di morfina che è la dose usuale. L'unico fatto positivo che si può citare a proposito del pantopòn e di preparati analoghi è che essi, in relazione al contenuto in morfina, mostrano un aumento di tossicità.

Anche nel campo dell'organoterapia, vi sono degli esempi che dimostrano l'elevamento a potenza delle combinazioni di sostanze a differente punto d'attacco. Si può così citare l'azione della combinazione: adrenalina + pituitrina negli spasmi dei muscoli bronchiali; i punti d'attacco sono qui certamente diversi ed i risultati sono inoppugnabili.

La legge formulata dall'A. ha valore soltanto entro certi limiti. Anzitutto l'effetto dei medicinali non aumenta sempre in proporzione diretta con l'aumento della quantità; una dose doppia non ha un effetto doppio. Inoltre, le proprietà eccitanti di un dato medicamento possono diventare paralizzanti con l'aumento della dose ed il risultato finale è, in certe condizioni, la morte. Rappresentando graficamente i rapporti fra le dosi del medicamento e gli effetti, si ottengono delle curve diverse che, nell'insieme esprimono abbastaza bene il fenomeno. Qualche autore ritiene che l'unione di due medicamenti a curve diverse possa alterare l'effetto nel senso di farlo sembrare più forte, mentre invece si tratterebbe di semplice addizione. Tale effetto però non reca alcuna sorpresa a chi conosca quello delle dosi multiple e delle dosi al disotto della soglia.

Ed è appunto lo studio dell'eccitamento provocato da dosi sotto la soglia che ha la massima importanza dal punto di vista pratico e teorico. Con la somministrazione di piccole dosi ripetute, si ha un rafforzamento dell'azione, quasi che la prima dose agisse nel senso di sensibilizzare. Questo effetto in conseguenza del frazionamento delle dosi si osserva con i narcotici ed anche con altri medicamenti, come la pilocarpina. In complesso si può ritenere che si aumenta l'azione col somministrare una determinata dose in due parti a breve distanza l'una dall'altra.

L'effetto della combinazione di piccole dosi di rimedi potrebbe spiegare l'azione delle acque minerali naturali a composizione complicata.

Le molte ipotesi emesse per spiegare questi fatti sono sterili e poco utili. È invece opportuno che il medico conosca bene l'azione delle combinazioni di medicamenti, tanto più che egli, avendo dovuto studiare delle ricette troppo complicate, ha finito col preferire quelle troppo semplici, mentre nella pratica le combinazioni razionali di medicamenti riescono indubbiamente utili.

FILIPPINI.

CHIRURGIA.

Risultati lontani degli operati di M. di Basedow.

(A. LUDWIG. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 137, f. II).

Nella clinica di Payr (Lipsia), vennero operati, dal 1912 al 1924, 190 individui affetti da M. di Basedow. Di solito venne praticata la resezione cuneiforme bilaterale preceduta dalla legatura delle 4 art. tiroidee, o di 3, se la porzione rimasta non pareva sufficente alla funzione. Solo nei casi gravi si pratica prima la legatura dei vasi. e 2-3 mesi dopo, sopraggiunto un miglioramento, la resezione. Viene data sempre la preferenza all'intervento in un tempo solo o al massimo in due tempi, eseguendo ogni volta una emiresezione.

Prima dell'operazione, il malato riceve per 8 giorni 2-3 volte al dì, 0,25 gr. di bromidrato di chinino che riduce le pulsazioni di circa 20 battiti al minuto e migliora le condizioni generali. La digitale è invece, controindicata. Il chinino viene somministrato anche per 8 giorni dopo la operazione. Assieme al chinino si somministra un preparato di fosforo e ferro; ogni giorno 3 tav. di Protylin. La sera prima dell'intervento 2 tav. da 0,5 gr. di Adalin, un'ora prima 1 ctgr. di morfina e 1/2 mmgr. di scopolamina in due volte. L'operazione viene praticata con l'anestesia tronculare aggiungendo l'infiltrazione della pelle e dei muscoli sulla linea d'incisione. La mortalità post-

operatoria è di 7,2 %; nei casi operati personalmente da Payr 3,7 %. Vennero riesaminati 104 casi di Basedow classico. I risultati erano buoni in 72 (69 %), medi in 18 (17 %), cattivi in 14 (13 %). In altri 35 casi di tireotossicosi si ebbero 24 risultati buoni (68 %), 6 medi (17 %), 5 cattivi (14 %). I casi a inizio acuto si sono dimostrati i più pericolosi per la mortalità post-operatoria ma i più favorevoli per i risultati lontani. I casi in cui prevale la « componente » neuropatica, sono quelli che risentono meno beneficio dalla terapia chirurgica. Per il comportamento dei singoli sintomi trova che l'esoftalmo era recidivato: nel 58 % dei casi classificati come esito buono, nel 77 % dei medi e nell'84 % dei cattivi, il gozzo ricomparve in 6 pazienti su 55 in cui l'intervento era diretto alla sua riduzione.

L'A. non crede di dover dare eccessiva importanza al polso e alla pressione arteriosa; il quadro ematico (linfocitosi, eosinofilia e monocitosi) rimase in tutti immodificato.

VALDONI.

Misurazione, con ricerche del ricambio gassoso respiratorio, delle variazioni funzionali della tiroide ammalata, determinate dalla terapia chirurgica.

(GMELIN e KOWITZ. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 137, f. 2).

Le ricerche vennero eseguite con un apparecchio di Benedict modificato, su 30 individui affetti da M. di Basedow e 5 ipertireosi. In tutti i casi si trovò un aumento del metabolismo basale, generalmente del 50 %. In un caso era del 100 %; i casi gravi sorpassano il 38 %, i leggeri si mantengono sul 20 %. Tutti i malati vennero operati di emistrumectomia bilaterale, talvolta eseguita in 2 tempi. Subito dopo l'operazione, si notò un aumento del metabolismo basale, dovuto al secreto che viene immesso nel sangue durante la operazione.

Quando la quantità di tiroide asportata è stata equivalente alla intensità dell'affezione, si notò un ritorno del metabolismo basale a valori normali in poche settimane. Talvolta fu osservato un abbassamento dei valori normali in rapporto a una quantità troppo grande di ghiandola asportata. In un caso, dopo l'operazione, l'aumento del metabolismo era diminuito troppo poco e portò all'indicazione di un secondo intervento dopo il quale divenne normale. Tutti i casi furono controllati microscopicamente.

La misurazione del metabolismo basale può avere particolare interesse in alcuni casi. Così in 5 pazienti, oltre al gozzo, a leggera irritabilità, tendenza a tachicardia e perdita di peso, non esistevano altri sintomi che permettessero con certezza la diagnosi di M. di Basedow. La ricerca del M. B. permise questa diagnosi e diede l'indicazione all'intervento, dopo il quale si notò notevole miglioramento.

Il M. B. è riuscito a dimostrare l'inutilità di un'altra terapia, p. es., la doppia simpaticectomia (asportazione dei gangli cervicali del simpatico), la radioterapia.

Contemporaneamente a queste ricerche vennero esaminati tutti i casi di gozzo, sia diffuso che parziale. In questi, sempre, il M. B. diede cifre normali tanto prima che dopo l'intervento.

In casi dubbi fu possibile una diagnosi differenziale tra le tumefazioni della tiroide che si accompagnano o no a ipertiroidismo, tra M. di Basedow senza gozzo e neuropatie (stato neuropatico, neurosi eccitative).

VALDONI.

IGIENE.

Le condizioni igienico-sanitarie dell'Italia durante la guerra (1915-1918) in confronto coi periodi ante- e post-bellico.

(DEGANELLO U. *Annali d'Igiene*, marzo 1926).

L'A. ha studiato le condizioni igienico-sanitarie del nostro paese prendendo in considerazione, oltre alla mortalità generale del Regno, i quozienti di mortalità per alcune determinate malattie, durante il quadriennio 1915-18.

A complemento del suo studio ha istituito opportuni confronti fra detti quozienti e quelli rispettivi del quinquennio antebellico 1910-14, nonchè del quinquennio post-bellico 1919-23 estendendo, così, le sue ricerche ad un periodo di 14 anni (1910-23).

Le forme morbose (cause di morte) precelte sono 22, in massima parte infettive diffusive e capaci di svilupparsi, in date circostanze, sotto forma epidemica. Tutte hanno una particolare importanza nel campo della medicina sociale e — sia singolarmente considerate, sia nel loro insieme — servono a caratterizzare lo stato igienico-sanitario di un gruppo di popolazione.

L'A. descrive, analiticamente, per ogni singola forma morbosa il modo di comportarsi della mortalità rispettiva, nei tre accennati periodi, sulla base di diverse tabelle (ove sono riportati dati assoluti e relativi, medie, numeri-indici, ecc.) e col corredo di parecchi diagrammi.

Sorvolando sui dati analitici delle singole cause di morte riassumeremo brevemente le considerazioni relative a qualcuna di esse cause:

L'influenza — che, pure nella forma endemi-

ca, mietè ogni anno (dal 1910 al 1917) un discreto numero di vittime — esplose nel 1918 (3° trimestre) in forma pandemica culminando in questo stesso anno (4° trimestre). Si protrasse — assai mitigata, ma con carattere epidemico e relativamente grave — fino al 1920 e assunse nel 1921 la sua solita forma endemica più o meno oscillando, nel quoziente di mortalità, durante gli anni successivi.

Nel solo 1918 fece 274,041 vittime (in base alle denuncie ufficiali); ma — per certe considerazioni che qui, per brevità, si omettono — devesi ritenere questa cifra di non poco inferiore alla realtà. Per ciò l'A. ha calcolato in via indiretta, ma certamente prossima alla realtà, che l'influenza nel 1918 ha causato la morte a ben 400,000 persone; mentre dal luglio 1918 al marzo 1919 (periodo della pandemia) avrebbe fatto 430,000 vittime.

Per questo flagello, in nove mesi, sarebbero morti ben più individui che non *per ferite* durante la lunga (41 mesi) sanguinosa guerra! Pur riconoscendo l'esistenza di un rapporto fra guerra e pandemia influenzale, l'A. conclude che non si è autorizzati a considerare quella come causa esclusiva, e nemmeno preponderante, del gravissimo, eccezionale andamento spiegato dalla pandemia stessa.

Aumento più o meno notevole durante la guerra, in confronto del periodo antebellico, si verificò nella mortalità relativa per le seguenti malattie: difterite, tifo addominale, febbre puerperale, malaria, tubercolosi, tumori maligni.

Le quali tutte presentarono il massimo quoziente nell'ultimo anno bellico (1918), in cui troviamo abbinati gli effetti deleteri della guerra e della pandemia influenzale.

Per quanto riguarda le tre ultime cause di morte si fa notare quanto segue: la mortalità per *malaria*, dopo un minimo toccato nel 1914, salì progressivamente negli anni di guerra tanto che i 2045 morti nel 1914 diventarono 11,477 nel 1918; così che nel secondo quadriennio vi fu un aumento del 129 % in confronto del quadriennio precedente.

La lotta antimalarica ripresa con maggiore intensità subito dopo la guerra determinò una progressiva diminuzione del quoziente di mortalità, che fu 87 (per un milione di abitanti) nel 1923 di fronte a 324 nel 1918.

La mortalità per *tubercolosi* presenta nel suo andamento, notevole analogia con quella della malaria: nello stesso anno 1915 inizia il suo movimento ascendente che si arresta, raggiungendo il massimo, nel 1918.

Nel 1914 si contarono 51,959 morti; nel 1918 se ne contarono ben 73,944: guerra ed influenza decimarono i tubercolosi latenti.

Negli anni di pace la mortalità andò sempre più diminuendo fino a toccare, nel 1922, il quoziente 1398, che è il minimo dell'intero quattordicennio.

Ma ad onta di questa diminuzione (la quale non fa che riportarci alle condizioni di anteguerra) la tubercolosi continua a fare strage degli umani, uccidendone oltre 50,000 tutti gli anni.

I *tumori maligni* presentarono un lento ma continuo aumento di mortalità durante l'intero quattordicennio di osservazione. Essi, nel 1910, fecero 22,555 vittime, nel 1923 ne fecero 27,005.

Riassumendo si può dire: Tutte le malattie (difterite, tifo addominale, febbre puerperale, malaria, tubercolosi, ecc.; fa eccezione il cancro) che subirono durante la guerra un aumento di mortalità relativa, in confronto al periodo precedente, presentarono nel successivo periodo di pace una diminuzione del rispettivo quoziente.

Il quale tanto diminuì da avvicinarsi, sempre, notevolmente (in qualche caso eguagliandolo) a quello rispettivo, più basso, del periodo antebellico.

È da aggiungere che una diminuzione della mortalità relativa durante il dopo-guerra si verificò anche per le malattie (morbillo, scarlattina, pertosse, pellagra, sifilide), le quali avevano presentato simile diminuzione pur durante il periodo bellico, in confronto del precedente periodo.

Il vaiolo negli ultimi due anni (1922-23) è quasi completamente scomparso.

Le altre malattie qui considerate (poliomielite ant. ac., tifo esantematico, carbonchio, ecc.) presentarono quozienti di mortalità così piccoli da renderle trascurabili.

Conclusioni: Le condizioni sanitarie dell'Italia, per quanto risulta da queste ricerche del Deganello, subirono durante il quadriennio bellico — sopra tutto a causa della pandemia influenzale — un peggioramento gravissimo che, per le 22 malattie nel loro complesso considerate, è rappresentato da un aumento assai forte della mortalità relativa (in ragione del 62 %) rispetto al quadriennio antebellico.

Ma, se si prescinde dalla pandemia influenzale (di fronte alla quale, data la sua diffusione rapidissima, quasi ciclonica, qualsiasi profilassi pubblica è, si può dire, inerme) il peggioramento sanitario, per quanto accentuato in qualche forma morbosa, appare, complessivamente, tutt'altro che grave.

Infatti la mortalità relativa per il complesso di tutte le dette malattie (esclusa l'influenza) au-

mentò durante il quadriennio bellico in lieve proporzione (del 7 %) rispetto al quadriennio antebellico.

La profilassi pubblica durante la guerra, ad onta di non poche difficoltà, valse a contenere l'azione funesta delle malattie infettive entro limiti che si possono dire ristretti (non considerando, per le note ragioni, la pandemia influenzale); ottenne poi i più lusinghieri risultati nell'immediato dopo-guerra.

Bastarono, infatti, cinque anni di pace perchè fosse cancellata, si può dire, ogni traccia (fatta eccezione per la malaria ed il cancro) del perturbamento prodotto dalla guerra nel campo igienico-sanitario del nostro Paese.

Sintesi di questo miglioramento è il quoziente della mortalità generale del Regno che, da una media di 22.99 per il quadriennio bellico (nel 1918 fu 32.95) discese a 17.81 per il quinquennio dopo-guerra in confronto a 19.21 per il quinquennio antebellico.

Nel 1923 tale quoziente discese a 16.56 (in proporzione a 1000 abitanti), limite minimo mai raggiunto finora.

L'Italia dimostra un sensibile risveglio di energie in tutti i rami dell'attività umana ed è confortante rilevare che a questo si associa, come risulta da queste ricerche, un notevole progresso nel campo igienico-sanitario. S. A.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. RONDONI. *Elementi di Biochimica con applicazioni alla Patologia ed alla Diagnostica*. Unione Tipografico-Editrice Torinese, 1926.

È il primo esperimento in Italia di un trattato di Biochimica, di cui va data lode all'A. che ha colmato così una lacuna, maggiormente avvertita in questi ultimi anni, in cui la Patologia riconosce sempre più ampie connessioni e rapporti tra malattia e concetto biologico.

Il libro è già stato accolto molto favorevolmente sia dagli studiosi della materia, sia dagli studenti, che vi trovano raccolto e descritto chiaramente tutto ciò che è sparso in opere diverse di chimica fisiologica, di patologia e di semiologia.

Contiene numerose indicazioni bibliografiche e porta un'appendice con i micrometodi, già in uso per la maggior parte delle ricerche anche di natura scientifica. MARINO.

TH. BRUGSCH e J. H. LEWY. *Die Biologie der Person*. Urban e Schwarzenberg, 1926, Bd. I, 1. M. 15.

La medicina costituzionale rappresenta uno degli argomenti scientifici di grande attualità, trattandosi di un campo oltremodo interessante e fecondo di risultati nei riguardi della patologia e della terapia.

Brugsch e Lewy, con la collaborazione di altri, iniziano un trattato che deve studiare, sotto forma di singole monografie, tutti i lati dei vari problemi riguardanti la personalità umana.

Quello testè edito è il primo fascicolo del primo volume dell'opera, che consterà in complesso di quattro volumi.

In esso troviamo trattate le questioni fondamentali inerenti alla entità individuale; vi si espongono inoltre i valori normali e le basi numeriche che servono di guida per lo studio statistico; e vi si riportano infine le nozioni più recenti circa i problemi dell'ereditarietà in generale.

Il libro non è certo fatto per il profano nè per lo studente; lo scienziato e il medico potranno invece consultarlo con profitto, attingendo utili cognizioni nel grande materiale accumulatovi con cura minuziosa. M. F.

ABDERHALDEN. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden*. Lfg. 183. Abt. XIII Methoden zur Erforschung der Leistungen von einzelligen Lebewesen. H. 4. Berlin, Urban e Schwarzenberg, 1925. Mk. 6.90.

Questa puntata dell'opera diretta dall'Abderhalden comprende 4 capitoli di alto interesse per lo studioso di parassitologia e di microbiologia, e la compilazione di essi è stata affidata ad autori di indiscussa competenza.

Il Giemsa di Amburgo ha trattato l'argomento non ancora ben definito della cultura dei parassiti malarici, e lo studioso troverà in esso ogni particolare indicazione che possa servire ad ulteriori ricerche.

A questo capitolo seguono quello dei metodi di studio sulle mosche quali trasmettitori di infezioni, compilato dal Martini di Amburgo, e quello sui pidocchi trattato ampiamente dal Rocha-Lima e da Hilda Sikora.

Da ultimo il problema dell'isolamento in cultura pura dei bacilli tubercolari, è stato ampiamente svolto dal Löwenstein di Vienna.

TR.

R. LERICHE et A. POLICARD. *Les problèmes de la physiologie normale et pathologique de l'os*. Masson et C.ie, editeurs, Paris.

Da molti anni gli AA. di questo libro si sono occupati delle evoluzioni normali e patologiche dell'osso. Hanno cercato con modi diversi di proporre delle soluzioni ai problemi che esse posano. Si sono serviti dell'istologia, della radiografia, dell'esperimento e anche molto dell'osservazione clinica.

È sorta così una concezione nuova, una nuova teoria sulla evoluzione, sulle malattie e sulla rigenerazione del tessuto osseo. Una teoria con caratteri generali che si può applicare a tutte le modalità e a tutte le particolarità dell'osteogenesi in condizioni normali e patologiche.

Ritenendo di questo vasto materiale solo quello che è loro parso acquisito su basi sicure, gli AA. hanno riunito in questo libro, come in una sintesi, il loro lavoro.

L'esposizione brillante e la simpatica veste tipografica fanno del volume una lettura gradevole e interessante per chi voglia tenersi a giorno di queste questioni.

M. ASCOLI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese.

Seduta del 6 gennaio e del 3 febbraio 1926.

Presidenza: prof. PIERI, presidente.

Dott. PAGANI-CESA. — *Sulla patologia renale dell'infanzia.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

Un caso di corea ritmica isterica.

Dott. SPANIO. — L'O. riassume la storia clinica di una ragazza nella quale insorse dopo il morso di un cane (riconosciuto immune da rabbia) una strana agitazione composta di movimenti rapidamente alternati di flessione e di estensione del braccio e della gamba destra, dapprima intermittente poi continua, con la sola interruzione del sonno.

Contemporaneamente ai disturbi motorî l'O. ha riscontrato turbe psichiche di carattere isterico.

La paziente è guarita in una sola seduta psicoterapica.

La mortalità per tumori maligni in provincia di Belluno.

Dott. PAGANI. — L'O. ha tratto dalle statistiche delle cause di morte i dati relativi alla provincia di Belluno. Ne risulta che le morti per tumori maligni dal 1887 al 1923 sono salite da 65 a 159.

Dalla statistica risulta come le localizzazioni più frequenti siano quelle allo stomaco e all'esofago; seguono decrescendo quelle al fegato, intestini e peritoneo, all'utero e ovaia, alla bocca, fauci, trachea, alle mammelle, agli organi genitourinari, ai centri nervosi ed organi dei sensi, alle ossa e articolazioni.

Intervento per embolia dell'arteria iliaca esterna.

Prof. PIERI. — In una donna di 58 anni, miocarditica e arteriosclerotica, operata per una ernia ombelicale strozzata insorsero i segni di embolia dell'iliaca sinistra.

Si intervenne in rachianestesia scoprendo l'arteria femorale al triangolo di Scarpa; essa era vuota, non pulsante; si praticò una breve incisione longitudinale nella sua parete, e attraverso di essa l'esplorazione retrograda con una Nelaton dimostrò un ostacolo un poco più in alto del legamento di Falloppio. Si introdusse allora nella incisione arteriosa il becco olivare della grossa siringa di Janet, piena di soluzione fisiologica, e spingendo con forza un getto liquido verso la parte prossimale, si vide l'arteria rigonfiarsi e quindi uscire repentinamente un grosso embolo (come un fagiuolo) seguito dal pieno getto sanguigno. Allora si strinse il vaso con una pinza angiostatica e si praticò la sutura dell'incisione arteriosa.

Il sangue tornò a circolare nell'arto, i dolori scomparvero e così i segni di ischemia, ma dopo due ore i sintomi ricomparvero come prima. Il giorno dopo la malata morì col quadro clinico di una embolia cerebrale.

L'autopsia dimostrò che nel punto della ostruzione si era prodotto un grosso e lungo trombo occludente.

L'O. ritiene l'insuccesso sia dovuto al ritardo dell'intervento (la embolia datava da circa 12 ore); ma la tecnica della disostruzione mediante il getto liquido retrogrado, che dilata l'arteria e permette il disimpegnarsi dell'embolo, senza traumatizzare le pareti arteriose, gli sembra meriti di essere conosciuta e adottata sistematicamente, perchè da vari punti di vista superiore ai procedimenti finora usati.

Un caso di sviluppo extracoriale del feto.

Dott. AGNOLI. — I casi di sviluppo extracoriale del feto sono scarsi nella letteratura; l'O. ne illustra uno che è capitato sotto la sua osservazione.

Il decorso del puerperato fu del tutto normale.

Pielite in rene unico.

Dott. BROGLIO. — Una malata, già operata precedentemente di nefrectomia sinistra per pielonefrite atrofica dolorosa, venne colta in piena convalescenza, dopo circa un mese dall'intervento, da dolori sotto forma di colica al fianco destro, con febbre preceduta da brividi e vomito. Un esame immediato della orina dimostra piuria intensa, assenza di cilindri renali, per cui si fa diagnosi di pielite.

In base alla esperienza del caso l'O. ritiene che la sonda uretrale a permanenza, le iniezioni endovenose di urotropina, e possibilmente l'autovaccino siano sufficienti, e che convenga evitare il catetere ureterale a permanenza e le lavature del bacinetto, non sempre esenti da pericolo.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La cachessia ipofisaria.

Se ne occupa M. Reale (*La Riforma medica*, 8 febbraio 1926). È detta anche malattia di Simmonds, il quale nel 1914 ne fissò i caratteri clinici ed anatomo-patologici essenziali. Sintoma caratteristico è la cachessia progressiva. La malattia non pare abbia preferenze di età. Tuttavia compare con maggior frequenza nei giovani.

Nelle donne si verifica talvolta dopo un parto, forse per embolie puerperali. Si ammette da taluni una disposizione costituzionale e forse familiare. Nel quadro morboso, dominano le alterazioni del ricambio; il metabolismo basale, è quasi sempre abbassato, l'eliminazione di azoto è aumentata, la temperatura e la pressione sanguigna sono basse, il numero delle pulsazioni è diminuito. Accentuata la debolezza muscolare. Tuttavia i segni clinici che accennino direttamente a una lesione ipofisaria sono scarsi. Anche la radioscopia della sella turcica, non rivela alterazioni notevoli. Spesso la malattia si inizia con disturbi a carico delle ghiandole sessuali: impotenza nell'uomo, menopausa e sterilità nella donna.

La tiroide e le altre ghiandole endocrine, sono quasi sempre atrofiche e sclerotiche. Anche gli organi viscerali sono spesso piccoli e atrofici (splancnomicria di Simmonds). Nel sangue è quasi costante un'anemia secondaria. È frequente pure un'eosinofilia. La cute è spesso secca e squamosa. Costanti sono le alterazioni regressive a carico delle appendici epidemiche, alterazioni comuni del resto a molte distrofie endocrine. Sintomi gastro-intestinali: anoressia, vomito, achilia gastrica, diarree. A carico del sistema nervoso, abbiamo turbe dei riflessi, talora attacchi convulsivi, disturbi psichici variabili dall'ottusità all'eccitazione più elevata.

Si descrivono tre forme cliniche della malattia di Simmonds: 1) quella descritta; 2) forma più grave in cui si ha la sola cachessia; 3) forma in cui si hanno solo convulsioni e coma. La morte però avviene sempre in convulsioni e coma.

L'anatomia patologica dimostra sempre lesioni di natura varia a carico dell'ipofisi. Frequenti sono le embolie, rare le emorragie da trauma. Il Fahr ammette che causa della malattia sia spesso un'ipofisite, della quale egli riscontrò i segni in un caso di sepsi. La sifilide congenita colpisce spesso l'ipofisi (infiammazione interstiziale diffusa, gomma). Rare sono le lesioni ipofisarie da attribuirsi alla sifilide acquisita, alla tubercolosi, ai tumori.

La terapia può essere efficace, qualora sia possibile una cura della malattia causale. Scarsi sono i risultati dell'opoterapia.

M.

Lo stato attuale delle conoscenze sulla patogenesi della spasmofilia infantile.

In una rivista sintetica E. De Micheli (*Riv. di Clin. Ped.*, marzo 1926) raccoglie i vari dati patogenetici sull'argomento.

L'alimentazione incongrua, il cui valore fu esagerato in altri tempi, specie dalla scuola del Finkelstein va oggi considerata in senso ristretto, come una delle eventuali cause della forma morbosa.

L'avitaminosi da carenza del fattore B può anche valere in quanto influisce sullo stato generale del bambino, e quindi sulla sua suscettibilità nervosa. Così pure la dispepsia prolungata è spesso ritrovata negli spasmofili.

La coincidenza col rachitismo, secondo le moderne vedute, non è costante e deve essere interpretata come una conseguenza duplice ma distinta di determinate cause distrofizzanti.

La carenza di luce, specie dei raggi ultra-violetti, ci spiega bene il rapporto tra l'apparire delle manifestazioni convulsive e la cattiva stagione; al qual proposito si rammenterà che i raggi attinici non attraversano i vetri comuni delle case. I successi terapeutici dell'elioterapia artificiale confermano tale veduta.

Abbiamo poi le varie alterazioni organiche riscontrate nella malattia. Le paratiroidi, ad esempio, sono state trovate talora sede di emorragie, ma il reperto non è costante. Si potrebbe tuttavia pensare a lesioni fini, non visibili al microscopio, che alterassero specialmente le funzioni regolatrici del ricambio di alcuni elementi importantissimi, tra cui il calcio.

L'ipocalcemia, constatata in modo certo nei bambini spasmofili, aumenterebbe, modificando i rapporti osmotici, la permeabilità delle cellule intestinali verso le tossine digestive (guanidina e derivati).

Ricerche più recenti dimostrerebbero invece che le paratiroidi regolano il tono muscolare, controllando il metabolismo della guanidina.

Da altri autori è stata emessa una teoria fondata sullo squilibrio fra acidi e basi, nel senso di un'alcalosi o di un'acidosi. Alcuni invece attribuiscono azione tetanizzante ai fosfati, altri al sodio del plasma, in concentrazione superiore a un dato livello.

Per quanto riguarda i rapporti tra sistema ner-

voso vegetativo e spasmofilia, mentre alcuni hanno considerato lo spasmofilo come un vagotonico, sembra più probabile che si tratti invece di soggetti ad equilibrio vago-simpatico molto labile, con ipereccitabilità generale del sistema nervoso vegetativo, dovuta alla stessa ipocalcemia.

M. FABERI.

Paratiroidi ed osteite fibrosa.

L'importanza delle paratiroidi nel metabolismo del calcio è ben nota; l'ipertrofia o l'iperplasia di queste ghiandole sono in rapporto con quelle condizioni dello scheletro per cui le ossa vanno soggette a rarefazione. A tale proposito, A. Gödel (*Wiener med. Wochens.*, 1925, n. 38) riferisce il caso di una donna di 42 anni morta per un sarcoma a cellule giganti della parte distale della tibia destra. Le radiografie avevano mostrato altre lesioni della natura dell'osteite fibrosa al gomito ed alla mandibola ed il sarcoma appariva come la conseguenza di una precedente osteite fibrosa.

All'autopsia si riscontrò che erano presenti soltanto le paratiroidi inferiori, entrambe formate da tumori di cui il destro misurava mm. 50 × 40 ed il sinistro mm. 100×20; essi si estendevano in basso alla biforcazione della trachea ed in contatto con l'arco aortico. Istologicamente si aveva a che fare con un'iperplasia diffusa in cui si trovavano tutti gli elementi della paratiroide normale, leggermente aumentati di volume.

fil.

Coma diabetico senza acetonuria.

T. Oliva (*Lancet*, 10 aprile 1926) riferisce un caso di coma diabetico tipico, interessante per le seguenti circostanze: inizio con sindrome addominale acuta pseudoperitonitica, assenza quasi completa di acetone nelle urine, prima, durante, e dopo la guarigione del coma, in assenza di apprezzabili lesioni renali, che possono in qualche caso spiegare la mancata acetonuria.

La paziente prendeva circa 50 unità di insulina al giorno e carboidrati a volontà: per sopraggiunti disturbi gastrointestinali era stata sospesa l'insulina.

DORIA.

Pericoli della terapia iodica nel Basedow e nell'ipertiroidismo.

Redlich (*Wien. Klin. Wochensch.*, ottobre 1925) è contrario all'opinione di Mosser e seguaci, che impiegano una soluzione al 5 % di tintura di iodio nel Basedow, convinti di diminuirne il metabolismo basale e il dimagrimento. L'A. ritiene che lo iodio, non solo aggrava i sintomi del Basedow, ma sia capace di per sè solo di dare una sindrome di ipertiroidismo, qualora se ne abusi.

M. CAJA.

L'influenza della somministrazione di jodio e del riposo nella chirurgia del gozzo esoftalmico.

Dallo studio fatto da H. M. Clute (*Journal Amer. med. Association*, 9 gennaio 1926) sopra 200 casi operati di gozzo esoftalmico, risulta che prima dell'uso dello iodio e del riposo in letto solo il 38 % degli individui poteva essere operato in una sola seduta. La proporzione è invece salita a 63.7 % dopo l'uso di entrambi. In nessuno degli 85 casi operati nei primi 5 mesi del 1925 fu necessaria la legatura preventiva di un lobo.

Va però notato che nè la somministrazione dello iodio, nè il riposo ebbero effetto sul metabolismo basale e che solo la tiroidectomia può guarire il gozzo esoftalmico.

Il riposo in letto deve essere di 7-10 giorni prima dell'operazione.

fil.

Fattori liposolubili - Vitasterine - Exormoni.

Il gruppo dei fattori liposolubili comprende sostanze che, a differenza delle vitamine, resistono alle alte temperature, agli alcali ed al disseccamento, e sono unicamente composte di carbonio, idrogeno ed ossigeno. Funk ha proposto di opporle alle vitamine propriamente dette, sotto il nome di vitasterine. Fra le vitasterine, ben conosciuti sono il fattore A, di crescenza ed antixeroftalmico, ed il fattore D, antirachitico; meno noto, perchè ultimo venuto nella famiglia delle vitamine, è il fattore E, di riproduzione. La presenza, negli alimenti, del fattore E è necessaria perchè gli animali si riproducano, ed il difetto o l'assenza di esso provocano tutta una serie di alterazioni funzionali nella sfera sessuale, che vanno fino alla sterilità.

La sterilità ottenuta sperimentalmente con regimi privi di fattore E non è accompagnata da alterazioni visibili delle ovaie e la sua patogenesi è ancora inesplicabile. Il fattore di riproduzione esiste sopratutto nella lattuga, nella carne e nell'avena e non può essere immagazzinato a lungo nell'animale.

Poco ancora è noto sulla intima natura di questi corpi. Il complesso però dei loro caratteri, la loro azione a dose minima, infinitesimale, la loro influenza sul trofismo dei tessuti e sul metabolismo cellulare, il loro carattere di necessità per il normale sviluppo dell'organismo e la loro azione eccitante sull'ovulazione, la fecondità, ecc., ed anche su tutte le ghiandole a secrezione sia esterna che interna; giustificano il nome di ormoni che Robert Clement (*Presse médicale*, 1926, n. 47) propone. Vitamine e vitasterine sarebbero gli exormoni, che si contrappongono agli endormoni endocrini.

TOSCANO.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Comportamento delle agglutinine tifiche nella gravidanza e nel puerperio.

Per controllare il comportamento delle agglutinine tifiche durante e dopo la gravidanza, N. Sette e D. Consoli (*Annali d'Igiene*, n. 5, 1926) si sono serviti dei conigli e di donne incinte; ma mentre nei primi hanno potuto provocare l'infezione con l'inoculazione di bacilli tifici, nelle donne invece si son dovuti accontentare di praticare la vaccinazione antitifica, la quale, come si sa, provoca la formazione di agglutinine specifiche nel sangue.

Dalle esperienze fatte su sette coniglie, di cui cinque fecondate e due di controllo, gli AA. hanno notato che il potere agglutinante è presente prima del parto, e talora aumenta in modo notevole durante la gravidanza, per diminuire invece rapidamente dopo il parto e nel periodo del puerperio.

Nelle donne invece avviene il contrario. In queste furono fatte a distanza di otto giorni due iniezioni rispettivamente di due e di quattro miliardi di germi.

Dal complesso delle esperienze si può notare come il potere agglutinante era negativo prima della vaccinazione; dopo la vaccinazione comparivano le agglutinine, che si mantenevano fino al parto, ed erano presenti anche tre, cinque, nove giorni dopo il parto.

A spiegare il diverso comportamento delle agglutinine nei conigli e nelle donne, gli AA. si richiamano alla differente costituzione organica degli erbivori rispetto agli onniveri. Inoltre gli erbivori sono organismi prevalentemente alcalini, mentre i secondi sono acidi o anfoteri; la gravidanza modificando questo stato organico, sposta anche il comportamento della formazione delle agglutinine.

Si può quindi pensare che le agglutinine oltre ad essere legate allo stimolo della vaccinazione, risentano delle modificazioni che subisce l'organismo durante la gravidanza, o in seguito ad altre malattie. Infatti in un caso l'agglutinazione dapprima negativa, si modificò in positiva in seguito a pielocistite gravidica da b. coli.

Gli AA. hanno anche voluto ricercare il potere agglutinante nei neonati di donne vaccinate in gravidanza.

Dalle osservazioni risulta che tale potere nel feto è sempre presente, ma di grado inferiore a quello materno; questo potere si esaurisce però in breve completamente.

Questo fatto fa credere agli AA. che l'immunità fetale sia passiva, perchè derivata dalla madre al feto, e che il suo esaurimento sia legato alla vita autonoma del feto, iniziatasi durante la permanenza nell'utero, e completata nella vita extrauterina. CARUSI.

VARIA.

Le malattie mentali in Italia.

Dal primo censimento, eseguito dall'*Ufficio di Statistica delle malattie mentali*, risulta che durante il 1924 furono ammessi nei 133 istituti pubblici e privati, che in Italia provvedono all'assistenza dei malati di mente, 24,097 infermi (13,922 uomini; 10,175 donne). Alla fine del 1925 nei medesimi luoghi di cura si trovavano ricoverati 59,393 pazienti. In confronto coi 54,311 censiti nel 1914, dunque si era verificato un aumento di 5082 malati di mente. La percentuale di tali malati però è rimasta invariata (= 1,5 ‰), in quanto la popolazione italiana da 35,238,997 (1914) è salita a 39,988,528 (1921) abitanti. *g. a.*

Quanto costa la malaria all'umanità?

Il prof. Andrew Balfour, direttore della Scuola d'Igiene e Medicina Tropicale di Londra, stima che le perdite dirette attribuibili alla morbosità e alla mortalità da malaria, possano valutarsi in una somma annua corrispondente 6.25-7.5 miliardi di lire it.; sono da aggiungervi le perdite indirette, p. e. da riduzione della capacità lavorativa. Il numero totale delle morti da malaria si aggirerebbe intorno a 2 milioni l'anno. (*Riv. di Malariologia*, n. 1).

Il pericolo costante delle mosche.

È notorio l'enorme numero di germi (fra i quali possono esservi quelli del tifo, della dissenteria, ecc.) che le mosche posandosi sulla carne, sulle patate, sul latte, sulla crema, possono portare. Non ci deve perciò parere strano che i medici ed i biologi mettano in uso tutti i metodi per la loro distruzione: il più semplice consiste nello spalmare sostanze speciali; però molto pratico è l'uso di soluzioni di formolo all'1 % da mettere sullo zucchero, nel latte, ecc. Secondo Krauss (*Der Pratische Artz.*, 1925, n. 18), la lotta deve essere portata contro le larve e le uova: e bisogna incominciare dal mettere ben profondamente in terra argillosa gli animali morti, dal distruggere bene urine, sputi, detriti, ecc., allo scopo di non dar tempo e modo di sviluppo alle larve in esse esistenti.

La moltiplicazione dei ditteri in questione, è favolosa: una mosca produce dal 15 aprile al 15 settembre, approssimativamente 5,598,720,000,000, di discendenti, e ciascuna mosca porta con sè da 500 a 600,000 batteri. MONT.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

L. — In quali casi è efficace la precedenza a favore dei mutilati e degli invalidi di guerra.

Il *titolo di precedenza assoluta attribuito dalla legge 21 agosto 1921 n. 1312 ai mutilati e agli invalidi di guerra*, agli effetti della nomina nei concorsi indetti dai Comuni i quali non abbiano raggiunto la proporzione voluta dall'art. 8 della legge medesima, per gli ultimi posti di ruolo, cioè per quelli ai quali sia dato di accedere senza speciale anzianità e senza particolari meriti di servizio, *è efficace soltanto quando si tratti di un invalido che non abbia già un'occupazione della natura di quella che si riferisce al posto al quale si aspira.* Se, invece, una occupazione siffatta egli si è già procurata e la eserciti tuttora all'atto del concorso, il trattamento di favore non ha più ragione di essere.

La decisione 9 aprile 1926 n. 92 (ricorrente dottor Saliani), dalla quale è tratta questa massima, contiene altre considerazioni di contorno circa le precedenze e le preferenze nei concorsi. Preferisco non esaminare ora le varie osservazioni che non attengono strettamente al punto deciso, perchè non è dato precisare con esattezza se e sino a qual punto si tratti di motivazione dell'estensore piuttosto che di vera e propria risoluzione. E poichè le varie questioni che si presentano tutte le volte che si tratta di applicare i decreti concernenti i mutilati e, in genere, i benemeriti della guerra, non ne avrebbero una risoluzione definitiva e conforme ai precedenti della questione, rimanendo ancora quello stato di incertezza che tanto è stato lamentato, credo più opportuno riferire ora la parte sostanziale della motivazione, che riguarda la vera ragione del decidere.

La risoluzione è nuova ed è importante. In sostanza ha detto il Consiglio di Stato che se il mutilato od invalido ha già un collocamento, occupa già un posto della natura di quello che è oggetto del concorso non è più efficace la regola della precedenza assoluta agli effetti della nomina. Se, in tal caso, il mutilato o l'invalido vuole aspirare ad altro posto della stessa natura, è giusto che sia in condizioni di uguaglianza con tutti gli altri concorrenti. Questo è il punto centrale della decisione. Per maggiore esattezza, trattandosi di un caso nuovo, credo opportuno riferire la motivazione della decisione.

« Ora la ragione delle varie disposizioni legislative di assistenza e di protezione dei minorati di guerra è di sorreggere l'invalido nella ricerca di un'occupazione remunerativa, rendendo obbligatoria la loro assunzione presso aziende private o pubbliche amministrazioni entro determinati limiti (categorie dei posti conferibili e precisa quota dei posti stessi) ed entro date condizioni (accertamenti di idoneità). L'invalido lasciato in balìa delle leggi economiche non potrebbe che essere sacrificato (Relazione Ministeriale alla Camera dei Deputati). È un fine di assistenza per riconoscenza nazionale, che si collega nel tempo stesso anche ad un fine di interesse sociale in quanto rende possibile la valorizzazione di molte forze parzialmente valide. « È l'interesse del Paese (leggesi nella Relazione del Governo al disegno di legge, sed. Cam. dei Dep., 20 giugno 1921), che tante energie lavorative colpite e depresse rientrino nel ritmo del lavoro e tornino a rieducarsi, a perfezionarsi, a rendersi utili per sè e per gli altri ». La legge tende, in sostanza, ad assicurare all'invalido un collocamento, un'occupazione conforme alla sua capacità, per la quale cioè dimostri di possedere sufficiente idoneità fisica e professionale. All'uopo la legge stabilisce la formazione di un ruolo provinciale di « invalidi aspiranti al collocamento » e di iscrizione nel ruolo stesso (a. 6), ed ha numerosi accenni specifici allo stato di *disoccupazione*... Tali essendo lo spirito e la lettera delle norme vigenti, è ovvio che il privilegio da esse sancito a favore dei minorati di guerra e cioè la precedenza nel collocamento, ovverosia il diritto privilegiato alla nomina, sia invocabile soltanto quando si tratta di un invalido che non abbia un'occupazione della natura di quella che si riferisce al posto cui aspira. Chè se invece una siffatta occupazione egli si sia già procurata e rivesta tuttora all'atto del concorso, il trattamento di favore non ha più ragione di essere pel comune principio: « *cessante ratione legis cessat et ipsa lex* ». Allora è la legge normale comune, la legge d'uguaglianza che torna nuovamente ad imperare... Viene meno la ragione per invocare un beneficio concesso in vista di uno scopo concreto e determinato, per sacrificare e non mantenere integro quel diritto di libera scelta riconosciuto da oltre un ventennio dai nostri ordinamenti alle amministrazioni locali per un alto interesse pubblico, e rimasto invariato e, quindi, confermato dal R. D. 30 dicembre 1923, n. 2883, posteriore a tutte le ripetute disposizioni. Solo tenendo presenti siffatti criteri possono equamente

---

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

contemperarsi, in caso di collisione, il diritto di privilegio giustamente riconosciuto agli invalidi e mutilati, e le esigenze, pure apprezzabili, della pubblica amministrazione. Ogni diversa conclusione, mentre riuscirebbe lesiva dei diritti dei Comuni e perturbatrice del regolare funzionamento delle pubbliche amministrazioni, sarebbe altresì offensiva della dignità stessa dell'invalido, il quale « deve in sè sentire l'orgoglio di emulare i compagni validi anche nella volontà di perfezionarsi e di dare tutto il rendimento di lavoro che gli è possibile in ragione sia pure delle sue forze menomate. (Relaz. Commissione speciale al Senato) ».

LI. - Nullità del giudizio della Commissione giudicatrice di un concorso per illegittimità intrinseca.

L'amministrazione degli Ospedali Riuniti di Roma indisse un concorso per l'ufficio di assistente. Era valutabile, fra altri titoli, il servizio prestato *presso pubbliche amministrazioni*. Un concorrente produceva un certificato dal quale risultava che egli aveva frequentato come interno un ospedale prima del conseguimento della laurea ed una dichiarazione di professore ufficiale la quale attestava il servizio prestato in qualità di assistente interno, non essendo disponibili posti di assistente volontario. La Commisione non valutò nè l'uno nè l'altro titolo.

La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 26 marzo 1926 n. 90, ha dichiarato giuridicamente corretto il giudizio della Commissione perchè il primo attestato riguardava una semplice frequenza in epoca anteriore al conseguimento del titolo professionale — ed era perciò non apprezzabile ai fini del concorso — e il secondo attestato non era valido in quanto, essendo risultato che non erano disponibili posti di assistente volontario, non era possibile la prestazione di un servizio inerente ai fini dell'Istituto ospedaliero e del suo ordiamento, cioè un servizio utilmente apprezzabile.

Nello stesso concorso, però, il Consiglio di Stato trovò giustamente un vizio di illegittimità che merita di essere segnalato. La Commissione ritenne validi servizi sanitari e ospedalieri prestati da un concorrente in una città e in una data epoca, mentre il medesimo concorrente produceva altri certificati di frequenza di corsi di perfezionamento e relativi esami della stessa epoca e in altre città a molta distanza dalla prima.

Era possibile la contemporaneità della prestazione di servizio in luoghi così lontani? Il Consiglio di Stato correttamente ha detto che la Commissione, prima di dichiarare validi quei certificati, avrebbe dovuto fare opportune indagini per stabilirne la efficacia sostanziale... « Prima di riconoscere al dottor B. nove mesi e venticinque giorni di servizio presso l'ospedale di Terni, la Commissione avrebbe dovuto chiarire e motivare le ragioni per le quali essa riteneva esclusivamente attendibili i certificati delle autorità di Terni, già per sè stessi non perfettamente coincidenti, in quanto parlano prima di un anno di servizio, poi di circa dieci mesi, e da ultimo di nove mesi e quindici giorni fino al 10 novembre 1924; e avrebbe dovuto dichiarare i motivi per i quali non prese in considerazione le risultanze, manifestamente contraddittorie coi certificati di Terni, dei certificati di Roma, pure sottoposti al suo giudizio; i quali, se potevano essere omessi e quindi non ricordati ai fini della preferenza nella graduatoria, potevano assumere — come assumevano nella specie — importanza decisiva per nettamente determinare il periodo di servizio effettivo prestato dal B. come assistente presso l'Ospedale di Terni ».

Già rilevammo che il Consiglio di Stato segue criteri rigorosi ed esercita un sindacato molto ampio, pur contenendolo nei limiti dell'eccesso di potere, sui concorsi a pubblici impieghi ed anche sul procedimento e sul giudizio delle Commissioni esaminatrici dei titoli. Rimane fermo il principio della insindacabilità del giudizio tecnico della Commissione, in quanto però il procedimento e il giudizio stesso siano conformi alla legge e non siano intrinsecamente viziati da illegittimità per contraddizione, irrazionalità di criteri, difetto di valutazione, disparità di trattamento, insufficienza o incertezza di criteri, valutazioni eccessive o non adeguate ai fini del concorso.

Quando si tratti di questioni concrete relative a concorsi, è sempre necessario esaminare il verbale della Commissione, dal punto di vista formale e sostanziale.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Sul contributo degli ospedali alla istruzione clinica degli studenti di medicina.

Si è già detto e scritto da molti che l'ospedale moderno deve estendere l'azione sua nel campo sociale in modo da essere il centro di tutte quelle attività culturali ed assistenziali a cui esso può dare impulso notevole o col materiale clinico di cui dispone o colle energie di uomini e di ordinamenti di cui abitualmente ha dovizia.

Per fermarci oggi su una di queste attività nuove che agli Ospedali si aprono, vediamo come essi possano concorrere alla formazione dei giovani medici, come possano riuscire degli efficaci cooperatori delle Cliniche universitarie.

A torto si è voluto vedere nell'opera di queste due grandi e gloriose istituzioni un antagonismo che in alcuni luoghi fu creato più dagli uomini che dalle cose. Ognuna di esse ha compiti, sfere d'azione, mezzi ben diversi e nettamente delineati.

Compito dello Spedale è di portare nella pratica razionale applicazione, i risultati dei laboratori e delle cliniche, così che i medici apprendano a tradurre in pratico esercizio quello che la clinica ed il laboratorio insegnarono loro e vengono quotidianamente insegnando. Ma inoltre lo Spedale, ed un grande Ospedale in specie, deve offrire agli studenti un materiale clinico abbondante che essi sotto la guida dei sanitari ospedalieri imparino a studiare e trattare in quei lunghi periodi in cui le ordinarie vacanze universitarie sospendono l'attività delle cliniche nei riguardi degli studenti.

Nuove provvide leggi hanno chiamato gli Ospedali a collaborare colle Università in questo campo: e che la disposizione risponda ad un bisogno veramente sentito, da parte dei futuri medici e di quelli che sono alle porte del coronamento dei loro studi, lo vediamo dal come i giovani cercano avidamente di frequentare quelli Spedali che, consci del loro altissimo dovere, aprirono loro le porte e dettero loro materiale clinico, mezzi di studio e maestri autorevoli, per utilizzarne tutti gli insegnamenti pratici.

L'Ospedale Civile di Venezia fu, credo, il primo ad aprire nelle vacanze estive del 1924 un internato per gli studenti degli ultimi 3 anni del corso di medicina.

Siccome questi corsi estivi di pratica clinica devono volgersi in modo particolare a quei giovani che, avendo le famiglie in località ove non vi sono Ospedali importanti, non hanno modo di frequentare delle infermerie durante l'estate, fu appunto loro dato il carattere di internato, cosicchè gli allievi trovassero nell'istituto un trattamento completo, decoroso ed economico, ottenendo senza aggravio di non interrompere la frequenza in reparti clinici.

Il primo anno si erano disposti 7 posti ed in essi si avvicendarono 10 studenti, in maggioranza stranieri, che studiavano in Italia, o addirittura provenienti da Università estere.

Il secondo anno i posti furono dovuti elevare a 21; essi furono totalmente occupati durante tutto il periodo di apertura che va dal 15 luglio a tutto ottobre e gli italiani accorsero in grande prevalenza.

Questo anno le domande avevano di tanto superato la disponibilità di posti ancor prima di aprire le iscrizioni, che non solo si dovette fare a meno di aprirle pubblicamente, ma dovette venir raddoppiato il numero di posti nel convitto chiamando a concorrervi un istituto che fa ora parte del gruppo ospedaliero. E si potè dare così agli iscritti di 6° anno la sicurezza di stare tutti i 3 mesi e mezzo, mentre quelli di 5° anno vi potranno stare per un periodo di 50 giorni facendo due turni. Le domande erano infatti oltre 80. Questa mi pare la miglior prova che l'istituzione risponde ad una necessità che gli studenti sentono ed è a loro onore grandissimo il sentirla.

Qualche fautore della vecchia e limitata azione degli Ospedali, qualche amministratore che degli Ospedali non vede che il bilancio finanziario mentre non ne vede il bilancio intellettuale, morale e sociale, potrà dire che tutto ciò costa. Sì costa, perchè le modiche rette che ai giovani si fanno pagare non coprono esattamente tutta la spesa che l'Ospedale fa per loro; ma la società per un così lieve sacrifizio acquista dei medici che entrano nella professione più colti, più sicuri dell'opera loro, più agguerriti alle terribili difficoltà e responsabilità che la professione loro prepara. E questo non è un mettere a prezioso frutto quel tanto che può costare all'Ospedale siffatta funzione?

Questa è la via su cui i grandi Ospedali si devono mettere. Dico i grandi Ospedali perchè essi hanno materiale clinico, mezzi di studio e di insegnamento e mezzi economici per questa attività. Ed a tale proposito voglio accennare, sia pure di sfuggita, come in materia di assistenza ospedaliera non convenga lasciarsi trascinare dalle tendenze al decentramento eccessivo.

Solo i grandi Ospedali possono avere tutti i mezzi oggi indispensabili di esame, di studio e di trattamento dei malati: moltiplicare gli istituti può voler dire moltiplicare impianti e personale

con grave pregiudizio economico o avere degli istituti incompleti con assai più grave pregiudizio tecnico.

Invece si impiantino Ospedali completi e opportunamente dislocati nelle regioni d'Italia (e purtroppo non sono poche) dove l'assistenza ospedaliera è tanto scarsa favorendo tutte quelle provvidenze di rapido e sicuro trasporto dei malati che valgano ad aumentare praticamente la zona di azione degli Ospedali centrali esistenti e dei nuovi istituiti o ingranditi.

Dott. EDOARDO LIGORIO
medico direttore dell'Ospedale civile di Venezia.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AVIGLIANO (*Potenza*). — Scad. 15 ag. Ab. del capoluogo 13,733. Per una fraz. del capol.; L. 8000 e 4 quadrienni dec.; addiz. L. 5 oltre 1000 pov.

BASSANO VENETO (*Vicenza*). — Ab. 20,000. Prorogato concorso primario medico a tutto 20 agosto 1926. L. 8000 e 6 trienni oltre caro viveri. Letti 200. Chiedere avviso.

BELLUNO. *Ospedale Civile*. — Direttore Gabinetti per esami microsc., batteriol., chim. clinica e istol. patolog. Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 15 ag.; v. fasc. 31.

BORMIDA (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 1200.

CASTIGLIONE DEL GENOVESE (*Salerno*). — Scad. 20 ag.; vedi fasc. 31.

CATANZARO. *Congregazione di Carità*. — Medico prim. dell'Osped. Civ.; scad. 15 ag; vedi fasc. 31.

COSENZA. *Ospedale Civile*. — Concorso per titoli e per esami a tre posti di medico assistente pel biennio 1926. Scad. 31 ag. Stip. L. 1800 (*sic*) annue e percentuale sui compensi operativi.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile e Militare Umberto I*. — Assistente chirurgo-medico municipale per il serv. chirurg. a domicilio e promiscuo — prevalent. chirurgico — nell'Ospedale; L. 7000 oltre alloggio e vitto; tassa L. 50; età im. 35 a. Chiedere annunzio. Doc. a 3 mesi dal 20 lug. Scad. 30 gg. dal 20 lug.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti*. — Aiuto medico; esami e titoli; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; 4 a. di laurea. Nom. e conferma biennali. Chiedere annunzio.

FORANO (*Roma*). — Scad. 31 ag.; L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadr. dec.; L. 1800 cavalc. per fraz. Gavigliano; L. 400 uff. san.; c.-v.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.10.

FROSINONE (*Roma*). — Scad. 31 ag.; 3° quartiere; L. 8500 e 5 quadr. dec.; addiz. L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000.

IMOLA. *Congregaz. di Carità*. — Scad. 31 ag. ore 17; med. prim. dirett. dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta; vedi fasc. 31.

LUGNANO IN TEVERINA (*Perugia*). *Ospedale Civile*. — Medico chirurgo direttore cercasi per avviamento e sviluppo dell'Ospedale; L. 8000 oltre proventi visite, medicature, operazioni. Nomina provvisoria; in seguito a buona prova diverrà definit. Per informaz. rivolgersi Congregaz. di Carità.

MIGNANEGO (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; indenn. trasp.; per uff. san. L. 500.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per Avigliano Umbro; proroga al 31 ag. Vedi fasc. 30.

NACLE S. MAURIZIO (*Venezia Giulia*). — Al 25 ag.; vedi fasc. 31.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Al 19 ag.; vedi fasc. 28.

PARMA. *Ospizi Civili*. — 4 assistenti nell'Osped. Maggiore. Scad. 16 ag. Vedi fasc. 30.

PIACENZA. *R. Prefettura*. — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000, 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; vedi fasc. 29.

ROCCA PRIORA (*Roma*). — Al 31 ag.; L. 10,500 e 5 quadr. dec., oltre L. 400 uff. san. e L. 100 trasp.; per gli abbienti L. 6000; c.-v.; età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 luglio. Servizio entro 15 gg.

SENOSECCHIA (*Venezia Giulia*). — A tutto 31 ag.; vedi fasc. 29.

SINALUNGA (*Siena*). — Scad. 31 ag.; v. fasc. 31.

SIRACUSA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Sortino. Scad. 45 gg. dal 2 luglio. Vedi fasc. 29.

TARZO (*Treviso*). — A tutto il 20 ag. Per schiarim. rivolgersi alla segreteria.

TOLENTINO (*Macerata*). — Al 21 ag.; chirurgo condotto; L. 7000 e 3 quadr. dec.; tariffa abbienti; indenn. supplettive del decimo; c.-v.; abitanti 13,500, iscritti c. 1000; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15; docum. a 3 mesi dal 21 lug.

TREVIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 22 sett., cond. esterna; L. 5500 resid., L. 5 capitarie iscritti sola assist. med., L. 2 iscritti doppio elenco, c.-v., L. 800 trasp.; ab. 6000 c.; età lim. 42 a.; triennio di eserc. lodev. in comuni od osped.; voti ultimi 4 anni universitari; accettaz. entro 8 gg.

VENEZIA. *Ospedale Civile*. — Aiuto nela Divis. Chirurgica III; L. 4800; titoli ed esami; nomina biennale, conferma annuale; tassa L. 50 al tesoriere; età mass. 35 a.; laurea da un sessennio; docum. a 2 mesi dal 1° ag. Docum. al Protocollo non oltre le ore 17 del 30 ag.

VENTIMIGLIA (*Imperia*). — Scad. 20 ag.; terza zona (Latte); L. 7500, oltre L. 2000 trasp.; c.-v.

VERONA. *Scuola di Ostetricia*. — Direttore. Scad. 31 ag. Rivolgersi al Ministero della P. I.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). Al 15 ag.; v. fasc. 29.

CONCORSI A PREMI.

Associazione di Idrologia, Climatologia e Terapia Fisica.

A seguito delle cospicue donazioni fatte durante le trattazioni sulla *fangoterapia* al Congresso nazionale di Idrologia e Climatologia di Salsomaggiore dal comm. Granelli per le Terme di S. Pellegrino (L. 10,000) e dal comm. dott. F. Garbarino (L. 2000), la Associazione di Idrologia e Climatologia bandisce tre premi, uno di L. 7000, uno di L. 3000, uno di L. 2000 per le migliori monografie originali che saranno presentate su uno dei due temi:

1) La fangoterapia: biologia dei fanghi, l'optimum di temperatura nelle applicazioni; indicazioni e controindicazioni.

2) Sul potere radioattivo nei fanghi italiani dal punto di vista biologico e curativo.

Il concorso sarà chiuso il 31 agosto 1927; le memorie in lingua italiana e dattilografate dovranno essere presentate alla presidenza dell'Associazione di Idrologia e Climatologia (via S. Barnaba, n. 8). Il concorso sarà giudicato da un'apposita commissione e i premi saranno assegnati in occasione del XVIII Congresso nazionale di Idrologia e Climatologia che si terrà a Milano. Norme solite.

NOTIZIE DIVERSE.

La missione medica italiana in Argentina.

La missione medica italiana, composta dei proff. Vittorio Ascoli e Giulio Alessandrini, assistiti dal dott. Arnaldo Pozzi, recatasi in Argentina per prendere parte ai lavori del 3° Congresso nazionale di medicina e per tenere una serie di conferenze sulla malaria e sulla lotta antimalarica, è stata oggetto di cordialissime accoglienze e di squisite cortesie.

Già durante il viaggio ricevette numerosi messaggi radiografici di saluto.

Allo sbarco erano ad attendere gli ospiti il direttore generale della Sanità pubblica prof. Aráoz Alfaro, il presidente del Congresso prof. Bonorino Udaondo, il direttore dell'Istituto Biologico Argentino prof. Silvio Dessy e altre personalità nonchè molti medici italiani. Gli ospiti presero subito contatto con spiccate notabilità mediche e politiche argentine, con gli enti e le organizzazioni sanitarie e filantropiche italiane, con la stampa. Vennero ricevuti dal presidente della repubblica, dott. Alvear. In loro onore fu dato un sontuoso ricevimento dal prof. Castex (presenti il ministro degli Esteri dott. Gallardo, il ministro della P. I., dott. Sagarna, il presidente del Senato dott. Melo, il presidente della Camera, il diretore della Sanità pubblica, prof. Aráoz Alfaro ecc.). Furono loro offerti anche pranzi e colazioni dall'Istituto Biologico Argentino, dal prof. Udaondo, dal prof. Alfaro, dal prof. Cranwell, ecc., e fu fatta loro compiere una gita su di un yacht di proprietà del prof. Marino. Alle feste e ai trattenimenti dati in onore di tutti i congressisti, i delegati italiani furono oggetto di cordiale deferenza e di manifestazioni di vivissima simpatia. Anche l'italiano prof. Pittaluga, delegato della Spagna, è stato accolto con straordinaria cordialità.

Questo avvenimento è destinato a stringere sempre più i legami colturali che uniscono il vecchio e glorioso popolo italiano alla grande repubblica neo-latina.

Al V Congresso Medico Argentino.

L'inaugurazione del Congresso ebbe luogo con la massima solennità l'8 luglio.

Nella mattinata si tenne una riunione preliminare per il ricevimento dei delegati proff. V. Ascoli e G. Alessandrini per l'Italia, Pittaluga per la Spagna, Delbet per la Francia, Roche Vaga e Bon Orfila per l'Uruguay, D'Amarel per il Brasile, ecc. Per l'Italia parlò il prof. Alessandrini. Il segretario dott. Iribarne dette lettura di una relazione, in cui riferì che erano stati annunziati circa 800 lavori.

La seduta inaugurale ebbe luogo durante il pomeriggio, nel teatro Cervantes; v'intervennero il presidente della repubblica dott. Alvear, il ministro dell'interno dott. Tamborini, il ministro dell'istruzione dott. Sagarna e moltissime altre personalità della scienza e della politica.

Tenne il discorso inaugurale il ministro Sagarna, cui seguirono il presidente del congresso prof. Bonorino Udaondo, il prof. Aráoz Alfaro, il prof. Balina, il prof. Ascoli, che parlò in nome dei delegati stranieri e che tenne una brillante dissertazione sull'importanza sociale della malaria, applauditissima, i rappresentanti dei vari Governi delle repubbliche sud-americane; da ultimo il dott. Alfaro pronunziò una smagliante conferenza su « Lo stato attuale della lotta contro la malaria nella Repubblica Argentina ».

I lavori si sono svolti con animazione, intramezzati da trattenimenti e gite.

Ne daremo in seguito un resoconto completo.

V Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi.

È indetta dal 29 settembre al 2 ottobre in Washington (Mayflower Hotel) sotto la presidenza del dott. T. Smith. Temi: « La parte assunta dal contagio tubercolare tra gli adulti », relatore G. Ronzoni di Milano; « Il progresso e l'organizzazione dell'azione antitubercolare negli Stati Uniti », relatore L. R. Williams di New York; « Struttura anatomica del tubercolo dall'istogenesi alla cavità », relatore A. K. Krause di Baltimora; « Tubercolosi e latte », relat. W. H. Park di New York.

Rappresentanti italiani accreditati presso l'Unione Internazionale sono per ora: il prof. G. Ronzoni, relatore del 1° tema, il dott. A. Stella, dell'Ospedale Italiano di New York, il dott. Roatta, il prof. P. Pediconi.

I nostri delegati chiederanno che la 6ª Conferenza si aduni a Roma.

Per le iscrizioni e per informazioni rivolgersi

alla Federazione Nazionale delle Opere Antitubercolari, via Toscana 12, Roma.

Immediatamente dopo questo Convegno avrà luogo la 22ª adunanza annua della « National Tuberculosis Association » degli Stati Uniti, sotto la presidenza di T. Smith; sarà ripartita in 4 sezioni: patologia, clinica, sociologia, assistenza. Assumerà uno sviluppo imponente. Sono stati invitati, quali relatori, studiosi di tutti i Paesi: A. Calmette, L. Bernard e E. Rist di Parigi, J. Parisot di Nancy, F. N. Neufeld e Lidia Rabinowitch-Kemperer di Berlino, F. Sauerbruch e F. Müller di Monaco, A. S. Griffith e F. J. H. Coutt di Londra, S. L. Cummins di Cardiff, V. Ascoli di Roma, G. Ronzoni di Milano, G. B. Roatta di Firenze, A. Rollier e M. Jacquerod di Leysin, J. A. Barany di Budapest, H. C. Jacobaeus di Stoccolma, E. Archibald di Montréal, C. D. Parfitt e J. H. Elliott di Ontario e i più reputati tisiologi americani.

Una nota nuova e simpatica sarà data da parecchie relatrici, così nel campo della patologia come dell'assistenza sanitaria: è un indice della posizione che la donna va acquistando nelle professioni sanitarie.

Le "Journées Médicales,, di Parigi.

Il 15 luglio si tenne al Grand-Palais di Parigi la seduta inaugurale, presieduta dal presidente della Repubblica, con un concorso imponente di autorità e di alte personalità scientifiche, politiche, militari, amministrative. La medicina straniera aveva inviato numerosi delegati, dei quali si rese interprete il prof. Bordet di Bruxelles.

Le varie questioni all'ordine del giorno vennero trattate magistralmente. In particolare Bensaude illustrò le risorse che possono trarsi dall'endoscopia intestinale e Graham, di Saint-Louis (Stati Uniti), prospettò con chiarezza il problema della colecistografia.

Durante le « journées » venne creata una « Unione internazionale dei medici pratici », sotto gli auspici del dott. Decourt, presidente dell'Unione dei Sindacati Medici di Francia, che ne aveva gettate le basi al recente congresso dell'Associazione Medica Britannica.

Numerosi i trattenimenti.

Nell'insieme le « journées », presiedute dal prof. Widal, che ne fu l'animatore, coadiuvato dal prof. Descomps e dal dott. Dujarric de le Rivière, hanno ottenuto un immenso successo.

Avremo occasione di tornarvi sopra.

Convegno sull'igiene mentale.

Il prof. Toulouse di Parigi ha convocato una Conferenza europea dei delegati delle Leghe d'igiene mentale e dei membri del Comitato organizzatore del Congresso internazionale americano d'igiene mentale per discutere l'« ospedalizzazione senza certificato dei psicopatici », l'« organizzazione degli ambulatorî nei manicomi » e la « profilassi mentale nei centri urbani ». Si tratterà inoltre la costituzione di una « Unione latina delle Leghe d'igiene mentale » (paesi latini d'Europa e d'America) e di una « Unione europea » da cui non sarebbero escluse la Germania e la Russia.

Corsi internazionali d'istruzione medica.

Avranno luogo a Berlino dal 4 al 30 ottobre. Saranno preparati comunemente dalla Facoltà medica dell'Università di Berlino, dalle organizzazioni della « Kaiserin Friedrich-Haus » e dalla Unione dei docenti dei corsi di vacanze per medici. Il programma prevede:

1) corso d'istruzione sui progressi di tutta la medicina, con speciale riguardo alla terapia nuova (4-16 ottobre);

2) corso d'istruzione sull'urologia (18-30 ottobre);

3) corsi speciali d'istruzione in tutta la medicina, parte di 14 giorni (dal 18 al 30 ottobre), parte d'un mese (dal 4 al 30 ottobre).

Per informazioni rivolgersi alla Kaiserin Friedrich-Haus, Luisenplatz 2/4, Berlin NW 6 (Germania).

Nella stampa sanitaria.

La « Rivista di Malariologia » — unico periodico del genere che veda la luce in tutti i Paesi — viene assumendo un carattere e un'importanza internazionali, e ce ne compiacciamo cordialmente col prof. Sanarelli e col dott. Verney, ai quali si deve questa coraggiosa iniziativa che risponde a un bisogno particolarmente sentito in Italia, terra classica della malaria.

L'ultimo numero reca una revisione delle zanzare dei vecchi continenti, dovuta a uno dei più reputati entomologi, l'inglese Edwards; reca inoltre una breve nota del dott. Weselko, direttore della Stazione antimalarica di Scardano, nella Jugoslavia, sulle suppurazioni nei malarici; ne fanno anche parte pregevoli studi di Fermi sugli anofeli e di Valle e Sepulcri sopra un pesce larvifago nostrano. Il fascicolo è corredato di recensioni sistematiche, le quali hanno il valore di riviste sintetiche ampie e precise, ed un copioso notiziario.

Repertorî bibliografici.

La Libreria dello Stato ha dato alla luce il seguente volume: « Pubblicazioni edite dallo Stato o col suo concorso. Spoglio dei periodici e delle opere collettive 1901-1925. Parte I: Scritti biografici e critici o comunque riferentisi a singole persone e alle loro opere »; in-8, pp. XXXII-414, L. 30.

Quest'opera costituisce un ricchissimo repertorio biografico e bibliografico, e nello stesso tempo è un formidabile indice onomastico di tutte le più importanti pubblicazioni periodiche e opere collettive di carattere scientifico apparse in Italia nel primo quarto del corrente secolo.

Sotto ciascun nome sono raggruppati non solo gli articoli riguardanti la vita del soggetto, ma tutti quelli riguardanti gli scritti, l'attività scien-

tifica o letteraria, le invenzioni, l'azione politica, militare, religiosa, ecc.

Il volume contiene circa 10,500 citazioni, ricavate dallo spoglio di 215 pubblicazioni, in più di 3200 volumi.

Un'altra importantissima pubblicazione di indole bibliografica, edita a cura del Provveditorato Generale dello Stato, è la seguente: « Pubblicazioni edite dallo Stato o col suo concorso (1861-1923). Catalogo generale », Roma, 1924, in-8, pp. XIII-306, L. 20; merita anch'essa di venire segnalata.

In memoria di Gaetano Rummo.

Il 4 luglio fu solennemente inaugurato a Benevento un busto marmoreo al compianto prof. Gaetano Rummo.

Alla cerimonia intervennero persone della famiglia, il prefetto comm. Sorge, l'arcivescovo mons. Lavitrano, i senatori Maragliano e Giordano, i deputati Castellino, Alberti, Bianchi, i proff. A. Ferrannini, L. Ferrannini, La Franca e molte altre personalità e autorità locali. Numerosissime le adesioni, tra cui quella del nostro periodico.

Il commissario prefettizio e il commissario per le onoranze avevano fatto affiggere due manifesti d'indirizzo alla cittadinanza.

Oratore ufficiale fu il sen. Maragliano. Tennero elevati discorsi anche il dott. Cerza, presidente dell'Ordine dei Medici di Benevento, il prof. L. Ferrannini per il Comitato delle onoranze, il prof. La Franca per l'Università di Palermo, l'on. Castellino per l'Università di Napoli, il sen. Giordano per la Società di Storia della Medicina, l'on. Foschini per la Camera dei Deputati, il prof. A. Ferrannini per la « Riforma Medica », il comm. M. R. Donisi, commissario prefettizio. Da questi discorsi, tutti sobri ed efficaci, emersero le qualità di Maestro del Rummo, il suo valore di clinico esperto, i contributi originali eccelsi da lui recati al sapere, la sua attività nell'agone del giornalismo scientifico, le sue rare doti di uomo probo e di cuore.

Furono poi tenuti un banchetto amichevole, offerto dal Comitato per le onoranze, e un ricevimento al Palazzo del Municipio.

In memoria di Alberto Riva.

Una targa raffigurante il prof. Alberto Riva venne scoperta il 18 luglio nell'atrio dell'Università di Parma: ricordo affettuoso di amici, discepoli, ammiratori. Alla cerimonia erano presenti persone della famiglia, il commissario prefettizio di Parma, il sindaco di Piacenza, patria del compianto clinico, il medico provinciale dott. Oliari, i proff. Zoia e Devoto di Milano, molti professori universitari, alcuni dei quali venuti da altre Università, ecc. Parlarono il rettore, l'on. prof. Gatti, successore del Riva alla Clinica medica e presidente del Comitato esecutivo delle onoranze, i proff. Varannini, segretario, Pelagatti, Zoja e Devoti, che lumeggiarono la figura del grande Maestro. Numerose e significative le adesioni.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Jules Voncken, maggiore medico, chirurgo-capo dell'Ospedale Militare di Liegi, redattore-capo degli « Archives Médicales Belges », segretario del Comitato permanente dei Congressi di Medicina Militare, venne sbalzato dalla propria automobile, unitamente alla figlia, a causa della rottura di una ruota posteriore, il 18 luglio, mentre si recava in congedo nelle vicinanze di Crèvecour, in Francia; riportava la frattura dei due polsi e la lussazione di un gomito; anche la figlia venne gravemente ferita. Il prof. Picqué, della Facoltà Medica di Strasburgo, il quale assisteva alle Giornate Mediche di Parigi, partì immediatamente in aeroplano sanitario per prestare soccorso ai due feriti, che condusse al campo d'aviazione di Bourget e di lì al Val-de-Grâce.

Il dott. Achille Carone, veterinario condotto consortile di Valenzano (Bari), nell'operare un mulo cadde per un falso movimento, fratturandosi una gamba.

Vittime dei raggi X.

È morto, in seguito a radiodermite delle mani e del braccio destro e ad altre lesioni da raggi X, l'abate Tauleigne, curato di Pontigny nella Yonne (Francia), che ha compiuto interessanti ricerche di fisica e di chimica, in particolare sui raggi X.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riv. Ital. di Ginecol., gen.-feb. — F. CLAUSER. La esterasi placentare. — C. PAMPANINI. Cura conservativa delle rotture incomplete dell' utero. — N. MASIERI. Patogenesi delle psicosi puerperali. — F. PATTI. Lesioni renali nell'eclampsia.

Ann. Osped. Psichiatr. Prov. in Perugia, I-III. — V. U. GICANELLI. Sindrome schizofrenica postoperatoria. — C. AGOSTINI. Palilalia nei parkinsoniani postencefalitici.

Paris Méd., 9 gen. — GILBERT, GUTMANN e TZANCK. La percussione.

Revue Tunis. d. Sc. Méd., dic. — E. LUMBROSO. Polisinusite con nevrite del n. ottico. — BRUN. Subocclusione intestinale.

Quart. Journ. of Med., gen. — J. PARKINSON e A. E. CLARK-KENNEDY. Insufficienza cardiaca con ritmo normale. — A. C. WHITE. I grassi del sangue nel diabete in rapporto al trattam. — G. A. HARRISON. L'insulina è in grado di guarire il diabete, sia pure parzialmente?

New York St. Journ. of Med., 1 gen. — C. MACFIE CAMPBELL. Igiene mentale e suoi rapporti con la medicina generale.

Proc. R. Soc. of Med., gen. — Discussioni sull'anestesia nell'infanzia, e sulle ferite penetranti nell'occhio. — Copiosa statistica.

Sperimentale, VI. — F. ALLODI. Elefantiasi del prepuzio. — S. e L. D'ANTONA. Meningite pseudomeningococcica. — G. FAVILLI. Morfologia del B. melitensis e del B. abortus. — L. GIUFFRÈ e L. MANNINO. Sulla temperat. del liq. cef.-rach. — E. SECHI. Resistenza globulare nelle avitaminosi.

Soc. d. Hôp., 24 dic. — LAEDERISCH e al. Vaccinoterapia delle infez. da bac. di Ducrey. — E. RIST e al. Pneumotor. terap. bilater.

Journ. A. M. A., 26 dic. — E. R. LE COUNT e C. C. GUY. Diagn. differenz. dell'emorr. intracerebrale spontanea e uremia. — A. V. ST. GEORGE. Trattam. della sepsi con mercurocromo 220 solub. — W. H. ROSENAU. Pericoli di certe ftaleine alogenate nei saggi funzionali.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., dic. — H. J. STANDER e E. E. DUNCAN. L'insulina nell'eclampsia. — G. D. ROYSTON. Intossicaz. cloroformica remota post partum. — R. S. SIDDALL. Rottura spontanea del cordone ombell.

Arch. de Cardiol. y Hem., dic. — P. GARCIA BERASATEGUI. Il sistema reticolo-endoteliale sulle produz. degli anticorpi agglutinanti.

Mediz. Klinik, 15 gen. — E. BRUGSCH e H. HORSTERS. Glicolisi, insulina, colefermento. — Inchiesta sulla terapia della sifilide.

Münch. Med. Woch., 15 gen. — V. E. MORTENS. Immunizzaz. attiva contro i tumori. — J. C. LEHMANN e al. Terapia dell'ulc. gastr.

Deut. Med. Woch., 15 gen. — E. FRAENKEL. Piemia postanginosa. — J. SZÀNTÓ. Turbe pluriglandolari nei tumori dell'ipofisi.

Rev. Med. d. Uruguay, ag.-sett. — M. P. ABASCAL e J. M. CERVINO. Epilessia cardiaca.

Ann. di Ottalmol. e Cl. Ocul., gen. — Lo CASCIO. Neuroretinite nefritica. — CATTANEO. Alterazioni del n. ottico e della papilla nel glaucoma. — MAGGIORE. Vari tipi di lenti da occhiali.

Pathologica, 1 dic. — G. SOLIMANO. Sistematica oncologica. — F. GUCCIAN. Diagn. anat. differenz. tra meningite tbc. e sifilitica.

Lancet, 16 gen. — W. MILLIGAN. Corpi estranei nelle vie aeree e digerenti. — L. PHILLIPS. Insuccessi nelle applicaz. di forcipe. — R. K. LAMBERT. Composti alifasici non volatili per l'anestesia generale.

Gazz. Med. It.-Argent., 31 dic. — A. ALFARO. L'encefalite let. — G. CIMINO. La congest. polmonare.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., dic. — C. PEZZI. Turbe della conducibilità intraventricolare registrate sull'elettrocardiogramma.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., gen. — A. V. NEEL. Forme atipiche e larvate di encef. let. — M. H. WEINBERG. Tumori del mid. spin. — W. C. MENNINGER. Pupilla di A.-R. unilaterale.

Rev. Méd. de Barcelona, dic. — J. TRAGANT. Dermatite simmetrica dismenorreica, morbo di Polland. — A. TORRA HUBERTI. Dilataz. congenita degli ureteri e della pelvi renale. — M. VILLARET. Le cirrosi venose.

Prensa Méd. Argentina, 20 dic. — C. NICOLLE e E. CONSEIL. Siero speriment. preventivo del tifo esantem.

Pediatria, 15 gen. — M. ARTOM. Ipotiroidismo, livedo reticularis, dermopatia ittiosiforme in eredoluetico.

Riforma Med., 18 gen. — D. TADDEI. Trattam. post-operat. nella prostatectomia soprapubica. — G. PAUSINI. Reaz. di W. nei liquidi da versam.

Journ. de Méd. de Paris, 16 gen. — Numero sulla curieterapia.

Journ. Méd. Français, dic. — Numero sull'esplorazione delle vie urinarie.

Bull. Ac. de Méd., 12 gen. — H. SURMONT. L'ipertensione portale.

Journ. A. M. A., 2 gen. — J. B. HERRICK. Il clinico dell'avvenire. — E. C. ROSENOW. Precipitino-reaz. della scarlattina.

Terapia Contempor., dic. — E. FREUND. Cancro e materiale specifico di crescita. — I. PAL. Natura della colica e suo trattam.

Zbl. f. inn. Med., 28 gen. — E. KYLIN. Il calcio del sangue nel diabete.

Presse Méd., 16 gen. — F. BEZANÇON e A. PHILIBERT. Classificaz. delle mal. infett. — L. BOUCHUT e P.-P. RAVAUT. Le nefriti croniche azotemiche senza ipertens. arteriosa.

Rass. di Clin., Ter. e Sc. aff., nov.-dic. — C. SERONO. Il metabolismo degli idrati di carbonio.

Radiol. Med., gen. — A. PACETTI. Radiologia della gotta. — V. UTILI. Periduodenite stenosante. — G. ARNONE. L'appendice in soggetti normali.

Brit. Journ. Children's Dis., ott.-dic. — M. CRITCHLEY. Tumori cerebrali nell'infanzia. — E. A. COCKAYNE. Ipertelorismo. — A. PANAYOTATON. Cistite da « Amaeba histolytica » e « Schistosoma mansoni ».

Arch. di Farmac., ecc., 1 dic. — M. BUFANO. Lo zucchero combinato nel sangue.

Amer. Journ. Med. Sc., gen. — W. B. CANNON. Influenze endocrine sul metabolismo. — C. THACKER. L'elettrocardiogramma nel mixedema. — J. A. MILLER. Trattam. dell'ascesso del polm. — I. S. BASKSDALE. Principio ipotensivo dei semi di « Cucurbita citrullus ».

Boston M. a. S. Journ., 14 gen. — J. O' HARE e al. Nefrite cron. da raggi X.

Lancet, 23 gen. — V. BONNEY. Problemi sulla sepsi puerper.

Münch. Med. Woch., 22 gen. — K. ZIELER. Malattie del feg. nella sifilide. — S. BERGEL. Stati allergici nel decorso della sifilide. — K. VOGELER. Status astenicus adiposus. — BRODNITZ. Guarigione perman. del carcin. gastr.

Deut. Med. Woch., 22 gen. — F. NEUFELD e al. La terapia sanocrisinica. — F. BRÜNING. Chirurgia della carotide.

Mediz. Klinik, 22 gen. — O. NORDMANN. Trattamento dell'osteomielite acuta. — G. STÜMPKE. Dermatite salvarsanica.

Studium, 20 gen. — A. CARDARELLI. Tumori linfatici sopraclavicolari diffusi al mediastino.

Arch. de Med., Cir. y Esp., 23 gen. — G. MARANON. L'insulina nell'insuffic. surrenale. — J. SANCHIS Y BANUS. Anatomia e fisiol. clinica della conducibilità sensitiva.

Paris Méd., 16 gen. — Numero sulla dermatologia.

Riv. di Cl. Med., 30 nov. — L. CASTALDI. L'eredità.

Folia Medica, 15 gen. — P. CASTELLINO. L'individualità.

Wien. Klin. Woch., 21 gen. — O. HIRSCH. Clinica dei tumori dell'ipofisi. — P. ERBACHER. L'anestesia nei piccoli bambini. — F. MRAS. Decorso della malaria d'inoculaz.

Journ. A. M. A., 9 gen. — F. WISE e J. J. ELLER. Morbo di Recklinghausen incompleto. — J. MCEACHERN. Poliomielite bulbare epidemica. — R. S. SPRAG. Epidemia di avvelenam. da carne probabilm. da « virus ratticida ».

Nuova Riv. di Clin. ed Assist. Psichiatr., ecc., nov. — G. MONTESANO. I recenti lavori su le schizofrenie e le demenze precoci. — F. DEL GRECO. Intorno alle idee di « sintomia » e di « schizoidismo ». — L. GRIMALDI. Genesi senso-affettiva del delirio paranoico.

Scalpel, 23 gen. — BIGWOOD. L'equilibrio acidobase del sangue in clinica. — SCHUERMANS. Effetti del bicarb. di sodio nella poliglobulia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 gen. — Numero sulla patologia del simpatico.

Prensa Méd. Argent., 30 dic. — S. MAZZA e C. ANDERSON. Filariosi; Acantocheilonema tatusi nel perit. e Tatus hybridus nel sangue.

Paris Méd., 23 gen. — THIBIERGE e WEISSENBACH. Concrezioni calcari sottocutanee. — SAVINI. I raggi ultra-viol. nelle flebiti.

Riforma Med., 25 gen. — G. D'ABUNDO. Prolusione. — O. NUZZI. Cardiocentesi rianimante.

Gaz. d. Hôp., 23 gen. — TURRIÈS. La sedimentazione delle emazie.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. **V. ASCOLI, Red. resp.**

ANNO XXXIII — Roma, 16 Agosto 1926 — Fasc. 33

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

R. CLINICA PEDIATRICA DI ROMA
Direttore incaricato: prof. F. VALAGUSSA.

Moderni concetti sulla cura del rachitismo

del dott. LUIGI SABATINI, aiuto.

Dacchè Glisson descrisse per la prima volta (1660), designandole col nome di rachitismo, quelle manifestazioni ossee multiple — di cui si vuole abbia fatto cenno perfino Ippocrate in *De articulis* — che richiesero ben oltre due secoli di successivi studi per essere sufficientemente differenziate da analoghe manifestazioni di altre malattie (scorbuto infantile, acondroplasia, displasia periostale...), l'essenza etiopatogenetica del rachitismo ha vacillato tra una accozzaglia di contraddittorie teorie che in parte pur oggi si contendono il campo con mutevole fortuna.

Non è perciò a meravigliarsi se, altrettante incertezze ripercuotendosi nel campo terapeutico, il trattamento di una così comune malattia dell'infanzia sia stato tanto a lungo costretto tra le pastoie dell'empirismo e se, in conseguenza delle mutevoli vicende sul concetto etiopatogenetico, siansi via via affacciati altrettanti metodi di cura.

Così nel 1797 vediamo il Portal, e successivamente (1881) il Parrot e il Gibert, menare in campo la cura mercuriale per la presunta derivazione del rachitismo della sifilide ereditaria; il Tedeschi, tra i fautori della teoria nervosa, vantare la cura fisico-elettrica; un'altra innumerevole schiera di autori, dal Petit (1741) al Marfan, partendo essenzialmente dalla teoria autotossica di origine intestinale, dettare consigli di ordine igienico-alimentare; altri somministrare l'olio di fegato di merluzzo già da tempo immemorabile usato nelle coste del Baltico per ovviare all'indebolimento organico, causa del rachitismo. Peraltro, nel concetto che il rachitismo fosse una malattia limitata al solo sistema scheletrico, la constatata demineralizzazione delle ossa e la dimostrata azione sclerogena del fosforo accreditarono l'impiego di più

o meno solubili e assimilabili preparati fosfo-calcici, intesi, con criterio semplicistico, a sopperire l'eccesso di eliminazione o il difetto di assimilazione di questi sali, mentre frattanto gli studi di Stoeltzner sulla influenza del dissurrenalismo nella genesi della malattia aprivano la strada a tutta una nuova teoria derivante l'alterato trofismo delle ossa rachitiche dalla disfunzione delle ghiandole endocrine, donde gli innumerevoli tentativi di organoterapia con preparati di timo, tiroide, paratiroide, capsule surrenali, ecc.

*
* *

Tralasciando, per brevità, di dire dei riflessi che nel campo terapeutico esercitarono le teorie tossimicrobica (Mircoli, Bizzozero, Hagembach, Strumpell, Chaumier, Smaniotto, Bellotti, Sanchin, Amantini...), tubercolare (Pouchet e Leriche) e alimentare, è appena superfluo conchiudere che tutti questi metodi di cura, basati su concetti più o meno empirici, subirono una graduale revisione in armonia ai progressi realizzati nel campo clinico e attraverso le osservazioni istologiche e sperimentali.

Senza addentrarci in una disamina particolareggiata degli elementi di fatto su cui poggia la moderna concezione patogenetica che fa del rachitismo una sindrome determinata da carenza di diversi fattori, diremo solo che le interessantissime ricerche biochimiche di quest'ultimo decennio dimostrano come il tratto essenziale del rachitismo consista in una anomalia del ricambio, anomalia di cui le alterazioni ossee sono una delle conseguenze. Cioè il tessuto osteoide che si forma nel corso della malattia è incapace di fissare il calcio, benchè esso sia contenuto in quantità normale, o quasi, nel sangue. Questa incapacità è conseguenza della diminuzione del fosforo ematico che, potente attivatore del ricambio cellulare, è uno dei principali fissatori del calcio, nonchè dello stato di acidosi consecutivo al rallentamento del ricambio, primitivo (cause costituzionali) o secondario a cause alimentari, tossinfettive, o disturbi della digestione e della assimilazione, oppure a deficienza degli stimoli fisiologici ormonici, luminosi, vitaminici, salini.

Vediamo ora come il riconoscimento di ciascuno di questi diversi fattori patogenetici del rachitismo, si rifletta sui moderni concetti terapeutici di esso.

CURA MEDICAMENTOSA.

a) *Cura ormonica.* — Mentre alcuni autori in base ad osservazioni cliniche (Variot e Pironneau, Claude e Ruillard) oppure in base a studi sperimentali (Basch, Klose, Erdheim, Koremkewsky, Nuvoli), trovano alcuni rapporti tra il rachitismo e la funzione delle ghiandole a secrezione interna, altri autori (Vollmer, Stoeltzner, Aschenheim, ecc.) attribuendo l'anomalia del ricambio che caratterizza il rachitismo ad alterazioni endocrine costituzionali, fanno addirittura derivare la malattia da una abnorme funzione del timo, della tiroide, delle paratiroidi, delle capsule surrenali.

In seguito a tale concezione si è tentato di curare il rachitismo coll'introduzione esogena dei diversi ormoni, ottenendo risultati spesso contraddittori. Così mentre in alcuni casi Ausset e Concetti ottengono vantaggio dalla somministrazione di prodotti tiroidei, Heubner, Knöpfelmacher, Bozzolo, Meynier, Muggia, Troia, non ne riscontrano alcun apprezzabile effetto curativo; egualmente, mentre Stoeltzner, Friedman, Cattaneo rilevano un più o meno rapido e talora completo miglioramento coll'uso di tessuto od estratto surrenale, non ottengono invece alcun risultato Neumann, Kinner, Honigsberger, Langstein, Bendix ed Holtz, il quale anzi giunge perfino a negare l'esattezza del reperto di Stoeltzner nelle ossa. Nel 1909 Iovane e Pace con iniezioni sottocutanee di adrenalina al 0/00, ottennero, solo per il periodo di cura, un miglioramento dello stato generale e un'eccitamento del tono muscolare: analoghi risultati hanno avuto più recentemente Lehnert e Wetuberg senza per altro rilevare alcuna modificazione nelle ossa colpite. Leon Binet e Vagliano hanno dappoco studiato l'azione preventiva e curativa della adrenalina, di cui l'iniezione parenterale fornisce nei ratti sottoposti a regime rachitigeno degli effetti meno rapidi ma comparabili a quelli derivanti dal fosforo, dall'olio di fegato di merluzzo e dalla luce.

Sui rapporti tra il timo ed il rachitismo accurati studi clinici e sperimentali furono condotti da Friedlebens, Bearts, Mendes, Tarulli, Abelous, Billard, Fischl, Bracci, ecc.; i tentativi di organoterapia timica, proposti dal Mettheneimer, e da esso e dal Mendes vantati, risultarono però alla maggior parte degli autori (Cozzolino, Krantwig, Stoeltzner, Lissauer) affatto inefficaci.

Più recentemente gli estratti ipofisari, esperimentati sull'uomo e sull'animale sembrano invece avere dato buona prova a Klotz, Malzahn, Trögele, Weiss; così pure gli estratti paratiroidei, coll'uso dei quali Biling è riuscito a trasformare in positivo il bilancio negativo del calcio.

Considerato come organo endocrino, il midollo osseo, già vantaggiosamente impiegato da oltre un ventennio all'Amistani di Padova contro l'anemia dei rachitici, ha attualmente riconfermato la sua buona azione terapeutica nelle mani del Bossanyi,

il quale, con ricerche sperimentali, avrebbe dimostrato che il midollo osseo elabora in condizioni normali una sostanza stimolante il normale processo di ossificazione: tale sostanza mancherebbe invece nel midollo dell'osso rachitico.

Colla somministrazione ipodermica prolungata di ormoni catabolici, come ovoglandolo, pituglandolo e timoglandolo, Vollmer e Gyorgyi nel 1924 affermano di aver ottenuto un aumento dei fosfati del sangue e la guarigione clinica del rachitismo florido in poche settimane. Wollmer, partigiano della teoria acidotica, attribuisce i vantaggi terapeutici all'aumento dell'eliminazione urinaria di acidi. Questo autore, in collaborazione con Langstein, ha inoltre applicato gli stessi ormoni per via epidermica, in forma di pomate, ottenendo identici risultati dal lato clinico e un aumento dei fosfati ematici fino al valore normale: per la buona conservazione delle pomate egli consiglia di far uso di toluolo, evitando invece l'aggiunta di acido salicilico. L'efficacia dell'ormoterapia percutanea e degli estratti ipofisari, timici, ovarici, tiroidei fu nel 1925 confermata rispettivamente da Buschmann e da Hermann Flesch.

Questi studi hanno notevole importanza perchè dimostrano l'esistenza di stretti rapporti tra le funzioni endocrine e il ricambio minerale; dimostrano inoltre come sia possibile nella pratica sfruttare tali rapporti, modificando con l'introduzione esogena di ormoni l'anomalia rachitica del ricambio minerale e i conseguenti fenomeni clinici.

b) *Chemoterapia.* — Fra i farmaci di antica fama nella cura del rachitismo sta il fosforo che, in virtù del suo potere attivante sul ricambio cellulare, esercita, come s'è detto, una notevole azione sulla fissazione del calcio. I primi a darne una prova sperimentale furono Miwa e Stoeltzner, i quali, sulla fine del secolo scorso, constatarono che la sua somministrazione a giovani animali favorisce la formazione del tessuto osseo compatto; più tardi Hiss dimostrava che per opera del fosforo si produce nel bambino osteomalacico un consolidamento delle ossa per ritenzione di calce nell'organismo, mentre Rosemblaum, Evans ed altri portavano conferma clinica sulla utilità del trattamento a base di fosforo nel rachitismo. Un metodo comodo e pratico di somministrare il fosforo è stato attuato in Italia, incorporando sia il solo fosforo che il fosforo associato al calcio con farina destrinizzata in forma di biscottini.

CURA VITAMINICA.

Dacchè l'ipotesi di un rapporto fra rachitismo e deficienza di determinati fattori accessori, emessa dal Funk nel 1911, fu avvalorata dalle ricerche di autori anglo-americani (Mellamby, Mc. Collum, Davis...) — i quali assegnarono alla vitamina liposolubile la responsabilità di un « fattore antirachitico » — la teoria avitaminica del rachitismo ha appassionato straordinariamente gli studiosi di ogni paese, non senza peraltro promuovere da parte di molti (Hess, Unger, Mackay, Noggerath, Klotz, Stoeltzner, Knöpfelmacher, Mircoli, Yundell, Cozzolino...) quella considerevole serie di obbiezioni che minaccia oggi di travolgere tutta l'enorme costruzione che si era edificata su un argomento così suggestivo.

Infatti i primi autori concepivano la vitaminica antirachitica come lo stimolo fisiologico delle attività cellulari, inteso a modificare lo stato fisicochimico delle cellule in modo da renderle atte ad assumere i componenti necessari alla loro vita e alla funzione di esse e dell'organo di cui fanno parte. Così, nei rapporti dello scheletro, la vitamina antirachitica favorirebbe l'assimilazione e la ritenzione dei sali minerali. Identità dunque fra la vitamina antirachitica e la vitamina dell'accrescimento (vitamina A) come afferma Mellamby; negano invece tale identità Mc. Collum, Simmonds, Becker.

Ad ogni modo la vitamina antirachitica è contenuta in diverso grado in vari alimenti di origine animale e vegetale. Legata, come la vitamina A, ai grassi dell'organismo animale, essa è scarsa in quelli di riserva, abbondante invece nei tessuti ghiandolari, fegato (ricchezza in vitamina antirachitica dell'olio di fegato di merluzzo), ovaie, testicolo... Tra le sostanze vegetali sono ricche in vitamina antirachitica quelle ricche di pigmenti, specialmente di clorofilla; ne sono invece privi gli olii.

La cura alimentare del rachitismo è basata in parte su questo diverso contenuto vitaminico dei differenti alimenti.

CURA ALIMENTARE.

La teoria avitaminica del rachitismo venne confermata sperimentalmente da Mc. Collum, Simmonds, Parson Shippley e Park, i quali sarebbero riusciti a riprodurre la malattia con diete carenzate le più varie. Introdotto nella terapia del rachitismo l'uso di cibi a ricco contenuto vitaminico, venne da vari autori (Freise e Rupprecht, 1920; Korischek, 1923) confermata l'esperienza clinica dell'utilità dei vegetali nel bambino rachitico, utilità che si attribuisce ad una benefica influenza esercitata sul ricambio del calcio dalla vitamina in essi contenuta.

Senonchè ben presto si profilarono i contrasti a queste vedute. Già nel 1920 ricerche di Hess e

Unger su un gran numero di bambini sottoposti a tali tipi di alimentazione, dimostrarono una netta differenza tra l'avitaminosi A e il rachitismo; la vitamina A, contrariamente a quanto afferma Mellamby, non avrebbe alcuna influenza sullo sviluppo del rachitismo in quanto questo non insorgerebbe in bambini sottoposti ad una alimentazione completamente priva di grassi, purchè l'alimento contenga il numero necessario di calorie.

A conclusioni simili pervennero Klotz e Jundell nel 1921, l'uno affermando che non si può impedire l'insorgere della malattia anche con una alimentazione ricca di vitamine e l'altro dimostrando che mentre questa alimentazione non attenua i sintomi rachitici quella contraria non ne determina la comparsa nel bambino.

Più tardi Weimberg riconferma lo scarso valore antirachitico dell'alimento addimostratosi incapace di modificare dopo 4 mesi di trattamento casi di rachitismo florido, e Bloch e Faber, in studi recentissimi, dichiarano addirittura inesistenti le ipotetiche vitamine antirachitiche o, quanto meno (Bloch), che il rachitismo non è determinato da mancanza nell'organismo o nell'alimentazione del fattore A.

Ma anche indipendentemente dalla teoria avitaminica del rachitismo, sono stati supposti intimi rapporti tra rachitismo e il genere di alimentazione. Così Jundell afferma che il rachitismo sarebbe determinato dalla iperalimentazione e dimostra, anche in recenti osservazioni confermate da Haverschmidt, che l'ipoalimentazione riesce in molti casi a guarire clinicamente e radiologicamente i bambini rachitici. Questo concetto è avvalorato dalle ricerche di Mc. Collum, Simmonds, Shipley e Park che dimostrarono come pochi giorni di dieta idrica fanno migliorare il rachitismo sperimentale dei ratti; mentre Cawins ribadisce che il digiuno fa aumentare in essi il fosforo ematico e la ripresa dell'alimentazione lo fa diminuire.

Come si vede siamo ben lungi dalla dimostrazione dell'efficacia terapeutica delle vitamine, non solo, ma anche dell'esistenza di un rapporto di causalità tra stimoli alimentari e rachitismo.

*
* *

A parte quella a base di vitamine del commercio, sulla cui efficacia terapeutica sarà prudente attardare il giudizio in attesa di conoscere la reale composizione chimica di esse e di saperne isolato, insierito ed efficiente il principio attivo, a cavallo tra la cura alimentare e medicamentosa sta quella basata sull'uso dell'olio di fegato di merluzzo, di solito somministrato in unione al fosforo che possiamo pertanto considerare l'unico veramente efficace agente medicamentoso nel rachitismo.

Quest'olio, adoperato fin dall'antico dagli abitanti della Groenlandia, dagli Esquimesi, dai Lapponi e successivamente in Europa, era caduto in disuso sui primi del secolo scorso per essere nuovamente rimesso in onore dal Beuneth di Edimburgo nel 1841.

Somministrato da solo o in unione al fosforo metallico, nella proporzione di un centigrammo su 100 grammi di olio di fegato, secondo le classiche formule di Kassowitz e di Concetti, il suo uso è così universale e il concetto della sua efficacia — salvo qualche rara eccezione (Heubner) — così concorde da sembrarci superfluo passare in rassegna quanto si è scritto fino a quando, pochi anni fa, gli studi sul rachitismo sperimentale hanno dato tutto un nuovo orientamento alla cura di questa affezione.

In ordine ai progressi così realizzati acquista invece maggior valore il problema riguardante le proprietà e il meccanismo curativo dell'olio di fegato di merluzzo. Circa le sue proprietà, esso aumenta la ritenzione dei sali di calcio negli allattati artificialmente (Birk, Schloss, Schabad) — mentre è noto che il grasso del latte, che pure è antirachitico, non ha questa azione ma anzi peggiora il ricambio del calcio — impedisce lo sviluppo del rachitismo sperimentale (Beumer, Bloch, Lesnè, De Gennes e Vagliano, Dorlencourt, Debray, Spanien) e svolge su esso un'azione curativa (Lesnè, De Gennes, Vagliano, Bloch) e, mentre non sembra capace (Debruis e Mysemburg) a prevenire la malattia nel bambino al seno, associato al calcio e fosforo (Iscovesco, Papillard) e a una dieta ridotta (Jundell) si mostra rapidamente efficace pure nel rachitismo umano, specie in riguardo alla nutrizione generale (Marfan), per quanto Marfan non ne rilevi apprezzabile influenza sulle deformità ossee.

Molto complessa invece sembra la sua azione terapeutica: a differenza di quanto si credeva fino a pochi anni fa, l'azione dell'olio di fegato di merluzzo non sembra basata sulla presenza del fattore liposolubile (Bloch, Faber) non foss'altro perchè il grasso di burro e altre sostanze che sono ricche della stessa vitamina non guariscono il rachitismo mentre guariscono malattie (xeroftalmia) che col rachitismo non hanno nulla a che fare. Bloch e Faber pertanto pensano che esso debba agire per altri materiali attivi in sè contenuti ovvero per il fattore A ma in forma differente da quella in cui si trova nei comuni ali-

menti; Stoeltzner attribuisce l'azione al suo contenuto in ossiacidi e Beumer sostiene che debba funzionare come mezzo di sostituzione apportando sostanze insaponificabili (colesterina) all'organismo, il quale peraltro sarebbe capace di formare la porzione insaponificabile per sintesi, indipendentemente dalla presenza di queste sostanze nell'organismo (esperimenti di Beumer, su cani neonati, nel 1924).

Stando alle considerazioni di questi ed altri autori (Dorlencourt, Debray, Spanien) non ci sembra pertanto da rigettare l'ipotesi, d'altronde molto suggestiva, di Bloch e Faber i quali identificano l'azione stimolante dell'olio di fegato di merluzzo con quella dei raggi ultravioletti.

In questi ultimissimi anni, per opera degli americani, è stato introdotto in terapia e vantato l'uso dell'olio di fegato di merluzzo ossidato (Mc. Collum, Wagner, Wimberger), già del resto addimostratosi più attivo dell'olio di fegato semplice in esperimenti su rachitici eseguiti 13 anni fa da Freudemberg e Klocmann. Da noi la Zappa l'ha dappoco usato in rachitici gravi di 1-3 anni: le prime osservazioni sembrano avvalorare il concetto che l'olio di fegato di merluzzo, tenuto a 120° C. per 24 ore in corrente d'aria, esalti le sue proprietà antirachitiche.

Esso ha inoltre fornito a Wagner e Wimberger l'occasione di fare un interessantissimo rilievo che, se confermato, dimostrerebbe in modo indubbio che il fattore antirachitico non è la vitamina A: trattando un gruppo di 4 bambini da 5 a 12 mesi, affetti da rachitismo florido, con olio di fegato di merluzzo ossidato e un altro gruppo con olio di fegato attivo non ossidato, gli autori ottennero in entrambi identici risultati per ciò che si riferisce al processo rachitico (guarigione controllata radiologicamente). Il prodotto genuino e quello ossidato agiscono invece in modo ben diverso sull'accrescimento; infatti, in ricerche sperimentali su topi sottoposti a regime normale ma privo di vitamina A, l'ultimo prodotto si rivelò venti volte meno attivo dell'olio di fegato di merluzzo fresco. Naturalmente ne dedussero che l'olio di fegato di merluzzo contiene due principi attivi: un fattore antirachitico che facilita la deposizione del calcio e un fattore che attiva la crescenza e che guarisce la xeroftalmia (vitamina A); quest'ultimo sarebbe il più sensibile e scomparirebbe coll'ossidazione ad alta temperatura.

Recentemente Behrendt in 11 su 12 casi di rachitismo grave, curando di evitare l'azione di qualunque altro fattore curativo, ha applicato un trattamento a base dell'estratto insaponificabile di olio di fegato di merluzzo, constatandone il successo con esami clinico-ematologici e con quello radiologico delle ossa.

Riassumendo, questi studi, mentre ci danno una dimostrazione della trascurabilissima influenza indiretta della vitamina A nel processo di guarigione del rachitismo e dell'esistenza nell'olio di fegato di merluzzo di un fattore antirachitico nettamente distinto da essa, ci prospettano sotto un nuovo punto di vista il problema riguardante la efficacia dell'alimentazione nella cura del rachitismo.

CURA FISICA.

Alcuni autori attribuiscono notevole importanza alla deficienza di movimento nella patogenesi del rachitismo, avendo veduto insorgere la malattia in animali tenuti al rinchiuso, malgrado una dieta antirachitica. Da ciò nel bambino l'indicazione curativa a base di massaggio, moto, bagni minerali, elettrizzazioni, ecc. (Findlay, Paton, Noël, Watson, Frosch, Borrino). Queste cure fisiche probabilmente agiscono attivando le depresse funzioni digestive, combattendo l'acidosi (Freudemberg e Giyorgyi), favorendo la valorizzazione dei grassi e delle vitamine alimentari (Pollitzer), accelerando in una parola il rallentato ricambio che rappresenterebbe la principale causa rachitigena determinata dallo stato di inerzia.

Ma quello che tra gli stimoli fisici oltrepassa in efficacia e rapidità tutti quelli messi finora in opera contro il rachitismo, è il fattore luminoso.

Il sole, che fin dai tempi di Erodoto e Celso era utilizzato come un rimedio tonico, atto come dice Antillo a rimpicciolire i tumori molli, a fortificare i muscoli e a fare scomparire il grasso (Regnault), deve certo aver reso segnalati servigi anche nel rachitismo ai greci e romani che, pei propri ammalati, consacravano nelle loro case un ambiente speciale (solario) ai bagni di luce, utilizzando così prima di conoscerli i raggi ultravioletti.

Dobbiamo però giungere al 1890 per trovare un autore, il Palm, che richiamasse l'attenzione sull'influenza antirachitica della luce dopo che il Vogel, il Kassowitz, il Fischl avevano segnalato una maggiore frequenza della malattia nel periodo di passaggio tra l'inverno e la primavera e dopo che la maggior parte degli autori ne avevano constatato la rarità in regioni molto solatie.

Da allora la luce solare non solo è utilizzata ai fini terapeutici ma anche come mezzo d'indagine negli studi etiopatogenetici del rachitismo. Per quanto Marfan non trovi un rapporto di causalità tra rachitismo e carenza solare, il di-

fetto di questo stimolo luminoso è stato invocato da molti autori (Hess e Unger, Chich, Dalyel, Hume, Makay, Smith e Wimberger, Degkwitz) per spiegare l'insorgenza della malattia nella stagione invernale, in cui si sa che i raggi solari sono meno intensi e meno utilizzabili. Peraltro, esperienze condotte su animali tenuti al buio hanno rivelato in essi non solo la comparsa di lesioni istologiche (Dorlencourt, Debray, Spanien) e una alterazione del ricambio salino (Deghwitz) ma, secondo gli americani, quella di un verò rachitismo a malgrado una dieta ricca in calcio e fosforo, mentre viceversa la esposizione al sole portava a guarigione animali tenuti a dieta rachitigena.

Circa l'efficacia dei raggi ultravioletti — di cui l'Engelmann nel 1883 mise in evidenza l'azione battericida e che il Finsen nel 1908 potè ottenere artificialmente con la lampada di quarzo — è stato solo nel 1919 che un autore tedesco, l'Uldschinski, ne ha dimostrato la notevole azione sul rachitismo umano: sottoposti dei bambini rachitici alle radiazioni emanate dalla lampada di quarzo a vapori di mercurio, che non lascia passare che i raggi ultravioletti, egli li vide guarire molto rapidamente. Da allora via via gli americani (Chich, Balyell e collaboratori, Powers, Park nel 1922; Kramer, Casparis e Howland, Weech e Smoth, Horr, Holt, Wilkins, Boone nel 1923-24; Bloch, Faber nel 1925) non solo confermarono che nel bambino può constatarsi radiologicamente la guarigione sottoponendolo per 25-30 ore (1-2 sedute al giorno di 30 secondi) all'azione di questi raggi, ma dimostrarono altresì (Powers, Park) che i ratti tenuti a dieta rachitigena (84 e 85 di Pappenheimer) possono essere preservati dalla malattia se esposti per un minuto e mezzo al giorno a queste radiazioni. Avendo peraltro constatato, durante l'esposizione, un graduale aumento nel tasso del fosforo e calcio ematico si credono autorizzati a ritenere la carenza solare (raggi ultravioletti) la causa principale, se non unica, del disturbo del ricambio che caratterizza il rachitismo.

A parte il valore della interpretazione patogenetica, sulla efficacia di questo trattamento è stato ben presto un susseguirsi di conferme in tutti i paesi europei: in Germania per opera di Erlacher, Stetter, Klotz, Riedel, Fisch; in Francia di Lesnè e De Gennes, Mahar, Colaneri, Marfan, Dorlencourt, Tourquety, Debray, Mouriquand, Bernheim, Contamin, Theobalt; in Inghilterra da Jundel, Evans; in Italia da Ferri. Senza entrare, per brevità, in apprezzamenti singoli, il complesso dei risultati finora ottenuti ci porta ad affermare che i raggi ultravioletti svolgono un'azione tonica ed eutrofica sull'organismo rachitico, attivano gli scambi e i processi di assimilazione e l'ematopoiesi, favoriscono le combinazioni chimiche regolarizzando rapidamente la calcificazione delle ossa specie nella craniotabe (Marfan, Dorlencourt, Turquety, Pilling, Fishl) e facendo sparire i punti di ossificazione ritardata, correggono la deficenza di fosforo aumentandone il contenuto del doppio ed oltre (Lesnè, De Gennes, Mahar, Colaneri, Kramer, Casparis, Howland, Kneschke, Orr); agiscono quindi rimuovendo le principali caratteristiche del rachitismo.

Non potendo disporre della luce artificiale, si possono trovare le irradiazioni solari più intense sulla spiaggia marina. Nella cura eliomarina, di cui si sono recentemente occupati a fondo i francesi in occasione dell'ultimo congresso di talassoterapia, intervengono armonicamente associati alla luce solare, fattore principale, molteplici e complessi agenti terapeutici quali l'aria, l'acqua di mare, i quali tutti concorrono alla realizzazione di quei vantaggi cui abbiamo dianzi accennato. Anzi, l'elioterapia marina rappresenta il mezzo più adatto per la profilassi antirachitica ed è stata, accanto all'applicazione artificiale dei raggi ultravioletti, preconizzata dallo stesso Huldscinski, e raccomandata da Lesnè, De Gennes, Mahar, Colaneri, Armand Delille, Jundel, Woringer e da altri.

Di sfuggita ricorderemo che i raggi Röntgen non agiscono quasi affatto sul rachitismo mentre la luce di Wood, che pure agisce molto meno dei raggi ultravioletti, richiede (Nogier) una esposizione 18 volte più lunga di essi.

Con quale meccanismo agiscono i raggi ultravioletti?

Per quanto siano note molte delle loro proprietà biologiche, il problema rimane ancora oscurissimo. Lesnè, De Gennes e Vagliano, in una dotta relazione di congresso sulla cura del rachitismo, pensano che l'influenza preventiva e curativa dei raggi ultravioletti dipenda da un processo generale che non può agire che sul sangue circolante nei capillari superficiali o sulle terminazioni nervose cutanee; infatti questi raggi di corta lunghezza non penetrano che poco. Pensano pure che questa azione si possa trasmettere alle ghiandole endocrine che agirebbero a loro volta sul sistema regolare dell'equilibrio minerale del sangue.

Riguardo alla tecnica per l'uso dei raggi artificiali Lesnè e collaboratori sottopongono i bambini ad una esposizione quotidiana diretta dei raggi di una lampada di quarzo a vapori di mercurio di 3500 candele situata a distanza di un metro, per la durata di 10 a 20 minuti, constatando così in meno di 2 mesi la guarigione radiologica di lesioni considerevoli, mentre che

l'ipofosfatemia, stigmata umorale del rachitismo, scompare rapidamente.

Vidal Giordana (1924) utilizza una lampada di 2500 candele, effettuando l'irradiazione per 5 minuti a un metro di distanza; in ciascuna seduta successiva riduce di 10 cm. la distanza mentre raddoppia il tempo di radiazione.

Gottlieb, Gyorgyi e Pilling fanno ingerire l'eosina per rinforzare l'azione dei raggi della lampada a vapore di Hg.: quest'ultimo autore somministra 10 ctgr. di eosina cristallizzata disciolta in 10 cmc. di acqua, e ripartita in 3 pasti, alla vigilia dell'irradiazione. Il colorante non ha mai dato manifestazioni tossiche.

*
* *

Mentre si andava affermando l'indiscutibile efficacia dell'applicazione diretta della irradiazione ultravioletta nella cura del rachitismo, ricerche inglesi e americane misero in rilievo come l'azione luminosa si possa anche fare agire indirettamente per mezzo di corpi organici e di alimenti vegetali, sottoposti all'irradiazione.

Anzitutto Hume (1922) e poi Goldblatt e Soame dimostrarono che alcuni organi interni di animali irradiati acquistano nette proprietà antirachitiche. Piccoli pezzi di fegato di animali irradiati, aggiunti alla dieta carenzata di giovani animali, impediscono in questi l'insorgenza del rachitismo. Stemboch, Nelson, Daniels, Hess dimostrarono poi che l'irradiazione ultravioletta conferisce proprietà antirachitiche a sostanze che originariamente ne sono prive (olio di cotone, olio di lino). I grassi irradiati acquistano, oltre alle proprietà antirachitiche, anche l'odore ed il sapore dell'olio di fegato di merluzzo: perciò Gyorgyi diede a tale processo il nome di « Jecorizzazione ». In seguito si è riusciti a « jecorizzare » le più diverse sostanze alimentari: grassi animali, farine, rosso d'uovo, latte. La jecorizzazione del latte ha particolarmente interessato per l'importanza pratica che avrebbe il poter distribuire largamente del latte che per mezzo dell'irradiazione avesse acquistato nette proprietà antirachitiche. Kramer, Gyorgyi, Freudemberg, Chich riuscirono effettivamente a dimostrare che l'uso di latte irradiato fa guarire clinicamente, radiologicamente ed ematologicamente, il rachitismo infantile; risultati analoghi a quelli già ottenuti in bambini rachitici da Steembock e Daniels per mezzo di olii vegetali irradiati.

Se questi risultati importantissimi saranno confermati, avremo presto trovato, nell'uso di alimenti irradiati, il mezzo più pratico e più sicuro di prevenire e di curare il rachitismo.

BIBLIOGRAFIA.

Limitandoci a dare un saggio di bibliografia degli ultimi due anni, rimandiamo per quella precedente ai lavori di COZZOLINO (*Carenza liposolubile e rachitismo.* La Pediatria, n. 3, 1922), FERRI (*L'azione dei raggi ultravioletti nelle manifestazioni rachitiche.* La Pediatria, n. 22, 1925), MEDI (*Le sindromi da avitaminosi nell'infanzia.* Ed. Tip. Marchigiana, Senigallia, 1925).

MARFAN. La Presse médicale, n. 1, 4, 7, 11, 1925.
DORLENCOURT e TURQUETY. Soc. de Péd. de Paris, 17 giugno 1924; Le Nourisson, n. 1, 1925.
LESNÈ e VAGLIANO. C. R. Acad. d. Sc. de Paris, 7 giugno 1924; Soc. de Biol. de Paris, 21 giugno 1924.
LESNÈ, DE GENNES, MAHAR, COLANERI. La Presse médicale, n. 25, 1924.
LESNÈ, DE GENNES, VAGLIANO, WORINGER, ROHMER e KLEIN, DORLENCOURT, DEBRAY e SPANIEN, JORDANA. Ibid., 18 ottobre 1924.
DE GENNES. Thèse de Paris, 1924; La Presse médicale, n. 72, 1925; Le Journal méd. française, n. 9, 1925.
ROGIER, BINET e VAGLIANO. Soc. de Biol. de Paris, 5 giugno 1924.
SHIPLEY, MC. KINNEY e MC. COLLUM. Journ. of biol. chemistry, febbraio 1924.
BORRINO. Atti dell'XI Congr. Ped. Ital., Milano, 1924.
A. DELILLE. Soc. Méd. des hôp. de Paris, 5 giugno 1925.
ECKSTEIN. Arch. f. kind., n. 1, tom. LXXIX, 1924.
WAGNER e WINBERGER. The Lancet, 12 giugno 1926.
WILTSCHKE. Arch. f. kind., v. 74, f. 1, 1924.
GALLO. La Pediatria, n. 2, 1925.
POLLITZER. Atti dell'XI Congr. Ped. Ital., Milano, 1924; Il Policlinico, Sez. prat., n. 19, 1925.
HESS. Zeitsch. f. kind., n. 4, 1925.
BUSCHMANN. Ibid.
BEHERENDT. Ibid., n. 5, 1925.
FLESCH. Ibid., n. 6, 1925.
ISCOVESCO e PAPILLARD. Arch. of Ped., n. 1, 1924.
LANGSTEIN e WOLLMER. Zeitsch. f. kind., n. 2, 3, 6. 1925.
BLOCH e FABER. Amer. Journ. of childr., n. 4, 1925.
BOSANJI. Ibid.
GYORGY. Jahrb. f. kind., n. 5, 6, 1925.
GYORGY e WOLLMER. Monatsch. f. kind., vol. 28, n. 5, 1924.
GLANZMANN e LIEFFERT. Ibid., n. 1, 6, 1924.
DEBUIS e MYSEMBURG. Amer. Journ. of Dis. of child. v. 28, fasc. 3, 1924.
ZAPPA. Sez. genovese Soc. It. Ped., marzo 1925.
BEUMER. Zeitsch. f. kind., v. 37, n. 1, 3, 1924.
JUNDELL. Acta Ped., v. 4°, fasc. 2, 1925.
LACH e MIEMITZ. Jarb. f. kind., v. 109, n. 3, 4, 1925.
SHIPLEY, KRAMER, HOWLAND. Amer. Journ. of d. of ch., v. 30, n. 1, 1925.
KRAMER. Ibid., fasc. 2°, 1925.
DUBIN. Ibid.
SCHULTZER. Com. rend. Soc. de Biol. de Paris, 31 agosto 1925.
REGNAULT. Riv. Mod. di med. e chir., 30 aprile 1926.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

R. UNIVERSITÀ DI MILANO
SCUOLA DI ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA.
Direttore: Prof. G. FASOLI.

Fistola cutanea cervicale d'origine dentaria.

Dott. A. BRUSOTTI.

Il caso che forma oggetto della presente nota dimostra ancora una volta la necessità di stretti rapporti tra il medico generico e lo specialista.

A tutti sono note le relazioni che esistono tra alcune malattie delle radici dentali e la possibilità di una loro estrinsecazione all'interno o all'esterno, in zone più o meno lontane dal focolaio d'origine.

In pratica specialmente è conosciuta la frequenza, per lo più nei soggetti giovani, con cui si stabiliscono seni fistolosi in corrispondenza della cute della sinfisi del mento, ad andamento cronico e che in assenza di palesi manifestazioni dentali (che ne sono la causa diretta) possono simulare le più infauste lesioni.

Poichè generalmente si tratta di pazienti nei quali alcuni fattori generici, come l'età, il lungo decorso del male, le condizioni organiche, sono presi in seria considerazione, così vediamo non di rado espresso il timore, non del tutto ingiustificato, che si tratti di lesioni di natura specifica.

La relativa facilità con cui si osserva la fistola mentoniera per necrosi della polpa degli incisivi mediani o laterali inferiori, d'origine traumatica, sia questa intervenuta una sol volta in modo brusco ma non seguita da fenomeni reattivi acuti, sia, come nel caso più comune, dovuta a una causa meccanica abnorme che si ripete spesso (l'abitudine, ad esempio, delle giovani cucitrici di spezzare il filo coi denti) ha già richiamato l'attenzione dei chirurgi, ed io rammento che a Roma, il prof. Bastianelli, dedicava quando se ne presentava il destro, una delle sue lezioni cliniche a questo argomento.

Ma più rari sono quei casi in cui il seno fistoloso, che ripete la stessa causa morbosa, si presenta in zone un po' più lontane dal punto d'origine, e appunto per tale considerazione, ma sopratutto per l'importanza pratica che ne deriva, credo che sia interessante rendere noto il caso occorsomi oltre due anni or sono.

Si presentò nel 1922 una signorina di circa 20 anni, di aspetto normale, che richiamò la mia attenzione, nel procedere all'esame generale, su di un bendaggio artificiosamente mascherato, che l'inferma portava attorno al collo e che dietro mia richiesta fu giustificato dall'asserzione che essa doveva costantemente tenere per una lesione cutanea cronica cervicale secernente e che durava da circa *sei* anni!

Tolta la fasciatura si osservano tre lesioni del tegumento al lato sinistro del collo e più precisamente (v. fig.):

Una cicatrice raggiata in corrispondenza dell'angolo della mandibola quasi immediatamente al di sotto del margine libero dell'osso, un poco depressa al centro, di aspetto non recente, non dolorosa spontaneamente nè alla palpazione eseguita per esaminare il grado di aderenza ai tessuti sottostanti.

Essa appare infatti unita, nella sua zona mediana e per una estensione di 1 cm. circa al margine inferiore della mandibola in cui si nota una depressione della medesima lunghezza, larga quanto lo spessore dell'osso e profonda circa tre millimetri.

Più in basso della precedente, a quattro dita trasverse circa da essa e sulla linea anteriore del muscolo sterno-cleido-mastoideo, si nota una seconda cicatrice di aspetto semilunare, a convessità superiore, nel cui mezzo esiste l'apertura di un piccolo seno fistoloso, a margini tondeggianti e lievemente sporgenti; umido e circondato da qualche crosticina.

Cercando di spremere col dito dall'alto verso il basso, e cioè in una direzione che va dalla prima cicatrice al foro cutaneo non si riesce a far gemere che una quantità appena apprezzabile di liquido sieroso-giallastro, del quale non potei malauguratamente allestire un preparato per una indagine microscopica.

Tentando di sondare con uno specillo il decorso della fistola, non ci si può approfondire oltre 3 cm. circa, dopo di che per probabile irregolarità del lume, l'istrumento si arresta e provoca una certa dolorabilità e la fuoruscita di qualche goccia di sangue.

Le altre manovre manuali non provocano sensazioni dolorifiche.

Finalmente ancora più in basso delle due suddescritte, o sempre sulla linea anteriore dello sterno-cleido, e più precisamente a circa la metà del collo è ben visibile una terza cicatrice, più piccola delle altre, anch'essa di aspetto lie-

vemente raggiato, chiusa, non dolorosa e non aderente ai tessuti sottostanti.

Nel procedere poi all'esame generale della cavità orale e delle arcate dentali in particolare, oltrechè alcune cavità cariose nei denti anteriori superiori per le quali era stata richiesta l'opera mia, si nota la mancanza dei tre molari inferiori di sinistra. La mucosa che ricopre il processo alveolare in tal punto appare normale, e l'aspetto di retrazione ossea fa giudicare che a parecchio tempo risalga la perdita dei tre elementi mancanti.

Ma procedendo cautamente nell'esame con la sonda, è possibile rilevare nel punto in cui avrebbe dovuto essere impiantato il molare del senno, una netta sensazione dura caratteristica, ben diversa da quella che si ottiene dal tessuto osseo comune.

Con una ispezione più attenta, la mucosa sotto l'azione della sonda acuminata rende evidente una piccola soluzione di continuo, di aspetto lineare, della lunghezza di circa 3 mm., divaricando la quale con le branche di una sottile pinzetta pare di scorgere bene che non ci si trova in presenza di tessuto osseo.

Anche pensando a un piccolo sequestro non è possibile mettere in evidenza alcuna mobilità, nè spremendo la mucosa all'intorno provocare alcun gemizio di un qualsiasi secreto.

Giudicando trattarsi molto probabilmente della permanenza di una porzione di radice dentale, eseguii subito una radiografia endoorale, che mostrò con chiara evidenza la presenza di un apice radicolare della lunghezza di circa 4 mm.

Non poca fu la meraviglia della paziente quando dinanzi al reperto ottenuto credetti assicurarla che il piccolo residuo, rimasto silente sotto la mucosa, era la causa certa della sua infermità al collo. (La signorina assicurava che a molti anni addietro risaliva l'estrazione del 1° molare, e a vari anni l'estrazione del 2° e del 3°).

E non minori le difficoltà per ottenere l'assenso per procedere all'estrazione di esso.

Il piccolo intervento fu del resto molto facile, e lo eseguii rapidamente previa anestesia locale. L'apice radicolare estratto, di colorito bruno-nerastro, portava attaccato al suo estremo un piccolo granuloma della grandezza di un grano di riso all'incirca; ed esaminato in corrispondenza del suo lume canalare non presentava traccia di alcuna otturazione radicolare pregressa.

Soltanto dopo cinque giorni dalla seduta, il seno fistoloso cervicale si chiuse, per non più riaprirsi.

Ma poichè la storia della malattia poteva giustificare anche in me, per quanto avessi intravveduta come certa la fine delle sofferenze sopportate dall'inferma, una certa diffidenza, così ho creduto opportuno di rendere noto soltanto ora, dopo un periodo di più di due anni, il caso e la storia che è interessante riferire in breve:

Nell'anno 1916 la p. si accorse di una lieve tumescenza, comparsa spontaneamente, in corrispondenza del margine inferiore dell'angolo sinistro della mandibola, non doloroso al quale non fu attribuita alcuna importanza dalla malata, finchè trascorso un mese senza che si effettuasse una risoluzione spontanea, fu sottoposta all'esame del medico della famiglia.

Il sanitario interpretando la lesione come un banale ingorgo glandolare sottocutaneo, si limitò a prescrivere una cura topica esterna.

Ma dopo quattro mesi di inutile trattamento, persistendo la tumefazione del volume press'a poco di una nocciuola, fu consultato anche l'odontoiatra abituale perchè esaminasse anche lo stato dei molari corrispondenti all'arcata inferiore sinistra. Senonchè il collega constatando lo stato perfetto di due otturazioni eseguite qualche anno prima sul secondo e sul terzo molare inferiore (il primo mancava), non riscontrò alcun sintoma che clinicamente potesse essere messo in correlazione con la nuova manifestazione morbosa.

Non essendosi così risolta la questione della persistente tumescenza, la paziente fu consigliata di ricorrere ad un chirurgo, il quale giudicando trattarsi di una semplice adenite in cui parve riconoscere una limitata zona di colliquazione, procedette senz'altro ad incidere per via cutanea. A quanto dice l'inferma non si ebbe alcun esito purulento immediato, tanto che per più di un mese furono eseguite medicazioni quotidiane della ferita mantenuta aperta con zaffi di garza e lavaggi di antisettici.

Da questo tempo però ebbe inizio un gemizio di materiale purulento, così che il chirurgo fu indotto a decidere un intervento più generoso.

Previa narcosi cloroformica fu aperta ampiamente la breccia preesistente, ed eseguita una completa toilette del focolaio settico.

Senonchè non cessando la formazione di pus fu necessario durante il lungo periodo di un anno ripetere frequenti svuotamenti della raccolta per mezzo di una siringa e successive iniezioni di preparati iodici, ma non si ottennero neanche questa volta risultati concreti. Talora la ferita pareva chiudersi, la formazione del pus arrestarsi, quando ad un dato momento si raccoglieva ancora essudato, in misura però sempre limitata.

Dinanzi ad una persistenza così ostinata i famiiliari della giovane credettero alfine opportuno rivolgersi ad un altro chirurgo, e questi formulò la diagnosi di *fungosità* per le quali consigliò una cura climatica in paesi marini, ed intanto essendo presente una modica quantità di essudato procedette ad un generoso *curettage* della cavità ascessuale, che parve finalmente guarire ed infatti si chiuse.

Per circa 18 mesi la paziente non ebbe allora alcuna ricaduta, cosicchè la certezza della guarigione definitiva sembrava pienamente giustificata.

Ad un tratto, spontaneamente come la prima volta, e in completa assenza di manifestazioni dolorose, in un punto situato un poco più in basso della lesione pregressa un nuovo turgore si presentò, ed il chirurgo che aveva eseguito l'ultimo intervento, tenendo conto anche di un certo grado di deperimento organico cui era andata incontro la paziente in quel tempo, formulò decisamente la diagnosi di linfoadenite tubercolare e perciò propose come programma terapeutico di prima un soggiorno climatico, e poi, quando le condizioni generali fossero migliorate, un'operazione radicale di asportazione di tutto il pacco

glandolare cervicale: intanto venivano prescritti impacchi locali di acqua vegeto-minerale, e una terapia ricostituente intensiva *per os* e per via ipodermica.

La paziente non credette di aderire al consiglio di cambiare clima, e solo si limitò alla cura medicamentosa dalla quale non trasse alcun giovamento, almeno per quanto riguardava l'apertura fistolosa del collo, dalla quale non cessava di gemere intermittentemente lo scolo purulento.

Il medico di famiglia che seguiva tutt'ora la malata riuscì ad ottenere che un terzo chirurgo esprimesse il proprio giudizio in merito ad una lesione così ribelle, e questa volta, il nuovo sanitario, pur continuando le medicazioni solite, richiamò la sua attenzione sui molari inferiori di sinistra ed inviò la paziente ad un odontoiatra di sua fiducia.

Questi tolse le otturazioni che esistevano e, in seguito all'esame praticato nelle cavità polpari, giudicò che per mancanza di una pregressa cura radicolare sarebbe stato opportuno eseguire la estrazione del secondo molare, e procedette quindi all'avulsione di esso.

Giova pertanto ricordare però che mai nessun sintoma subiettivo aveva richiamato l'attenzione dell'inferma sui denti in parola, indolori e perfettamente funzionanti.

Nemmeno in seguito all'estrazione, il pus cessò di gemere dalla ferita chè anzi parve defluisse più denso di prima per quanto in modica quantità.

A questo momento, che coincise col periodo delle vacanze estive, il processo morboso ebbe un qualche tempo di requie, ma ritornata in città, e formatasi una nuova apertura cutanea ancora più bassa delle precedenti, fu richiesta ed eseguita l'estrazione anche del terzo molare.

Rimasta per qualche tempo in osservazione dell'odontoiatra, questi che non potè riscontrare la guarigione della nuova lesione cutanea, finì per convincere se stesso e la paziente che il suo compito era finito e che soltanto di competenza del chirurgo fosse l'occuparsi ulteriormente della lesione tanto ribelle.

Un quarto ed ultimo chirurgo vide la paziente, e giudicando trattarsi di una lesione probabilmente specifica della branca orizzontale della mandibola, intervenne sbrigliando la prima cicatrice in immediate vicinanze dell'osso, raschiando questo generosamente. E a complemento della cura cruenta iniziò sedute monosettimanali di Roentgenterapia, che durarono qualche mese, mentre lo scolo del pus delle aperture cutanee ebbe alfine una tregua: ma non lunga poichè ancora si aperse sul collo la lesione mediana.

In queste condizioni, e per la necessità di far eseguire una cura conservativa di due denti frontali superiori, ebbi l'occasione di vedere per la prima volta la paziente che in questo suo lungo peregrinare da un sanitario all'altro senza avere raggiunto un risultato duraturo, aveva ormai assunto una rassegnazione che il persistere della sua infermità giustificava pienamente.

La storia riferita ed il riassunto dei fatti obiettivi riscontrati ci offrirebbero l'occasione per discutere l'argomento dal punto di vista diagnostico tra le varie forme morbose capaci di manifestarsi in modo analogo, ma poichè non è qui il luogo per una simile trattazione, che del resto rappresenta il perno sul quale si innesta il trattamento terapeutico adeguato, non entrerò nel ginepraio delle diagnosi differenziali.

Ma poichè nella pratica non è infrequente l'osservazione di casi consimili che hanno la caratteristica di essere spiccatamente ribelli alla guarigione, così vediamo come spesso i pazienti siano sottoposti alle cure più svariate, le quali, come nel caso in parola, per non essere rivolte alla causa del male, conducono il più spesso a determinare la formazione di cicatrici deturpanti.

Il fatto che più colpisce in questa storia è che, anche quando si è affacciato al chirurgo il sospetto di una periostite suppurativa che aveva determinato, come non è raro, un'apertura fistolosa cutanea, non si sia pensato che molto tardivamente ad una causa dentale, e anche allora che non sia mai stata richiesta una radiografia.

Ora quando esiste una manifesta lesione dentale si capisce come non sia difficile stabilire i rapporti tra l'effetto e la causa, ma poichè è ormai conosciuto che specialmente a carico delle radici dentali si svolgono lesioni morbose che decorrono silenziose e subdole per lungo tempo, così l'indagine radiografica, sussidio cui è oggidì facile ricorrere in ogni momento, non dovrebbe essere mai trascurata perchè può rappresentare la *chiave* per risolvere il problema in modo che direi addirittura banale.

Nel mio caso è evidente che una lesione cronica dell'apice (granuloma) stabilitasi lentamente o in conseguenza di una ignorata malattia della polpa o in seguito ad una cura irrazionale o inadeguata dei canali radicolari sia stata la sola causa di così lunghe sofferenze.

La permanenza della fistola stabilitasi quando ancora il dente malato esisteva in bocca, non è di oscura interpretazione anche dopo l'estrazione del molare. Poichè è evidente che durante l'avulsione di esso, l'estrema porzione apicale di una radice si sia fratturata e sia perciò rimasta in fondo all'alveolo: e giacchè tale frammento settico per avere già come via facile di sbocco il tragitto fistoloso esitante sul collo, non dava segno alcuno di sè nella sede più logicamente concepibile, e cioè l'arcata alveolare; così si può anche spiegare perchè con le aderenze stabilitesi dal granuloma si sia molto lentamente portato *a galla* sulla superficie mucosa del processo alveolare, e messo forse sull'avviso la stessa paziente.

NOTE E CONTRIBUTI.

Traumi e tubercolosi

per il prof. E. FOSSATARO
libero docente di traumatologia.

La relazione fra traumi e tubercolosi locale ha formato argomento di uno dei temi discussi nell'ultimo Congresso di Amsterdam: il quale è il sesto Congresso, per numero di ordine, se non mi sbaglio, in cui l'argomento fu trattato. I resoconti di ciascun Congresso ci indicano quale era lo stato della dottrina della tubercolosi locale, nelle rispettive epoche.

Nel 1878, a Berlino, si era ancora sotto l'influenza delle idee di Verneuil, il quale aveva accettata la dottrina, ammessa, fino allora, in modo empirico, che, cioè, il tumore bianco articolare fosse, esclusivamente, di origine traumatica. Gli esperimenti di Max Schuler e di Krause (1880) confermarono la teoria di Verneuil.

Si andò, così, innanzi fino al 1888. In questo anno gli esperimenti di Lannelongue ed Achard, seguiti da quelli di altri osservatori, scossero dalle basi, che sembravano così salde, la dottrina del tumore bianco articolare di origine traumatica. Nei Congressi di Parigi e Liegi (1905) e Parigi (1907) la nuova dottrina, della nessuna relazione causale fra trauma e tubercolosi locale, fu consacrata. Villemin, al Congresso di Parigi, sintetizzo, con queste parole, il pensiero di allora dei Patologi: « la condizione necessaria allo svilupparsi di una lesione tubercolare in conseguenza di un trauma, che abbia agito a distanza più o meno grande dal focolaio bacillare primitivo, è che, nella parte, esistano lesioni tubercolari latenti, anteriormente iniziatesi...

Il trauma, dunque, non è che l'agente rivelatore di una lesione già esistente ed ignorata ».

Però, alcune delle classiche esperienze che Petrow aveva fatto tre anni prima, nel 1904, avevano confermato i risultati di Max Schuler e Krause; dimostrando che, qualche volta, il trauma può essere la causa della localizzazione della tubercolosi in un organo. Ciò non ostante le conclusioni di Villemin « il trauma esclusivo rivelatore di una tubercolosi già in atto » continuarono ad aver credito. In seguito, però, la migliore osservazione clinica fece mitigare l'esclusivismo della teoria di Villemin.

Al Congresso Francese di Medicina Legale, del 1922, Robineau disse che, in rari casi, un infortunio può determinare, nel punto della regione colpita, una localizzazione tubercolare, ossea od articolare.

Nel 1924, prendendo occasione da alcuni casi clinici, io volli rivedere tutta la parte sperimentale della dottrina della tubercolosi locale, sulla base delle conoscenze che ora abbiamo sul modo di entrare e diffondersi nell'organismo del bacillo (1). Ebbene, io mi convinsi che la contraddizione che sembra esistere fra i risultati dei diversi sperimentatori, da Max Schuler a Frascella, è solamente apparente. Gli esperimenti sono, invece, rivelatori di un fatto, il quale apparisce chiaramente quando si consideri che l'unica causa della contaminazione delle articolazioni traumatizzate, in tutti gli esperimenti descritti, fu e non poteva essere altro che la presenza di bacilli nel sangue stravasato in conseguenza del trauma.

Il fatto è che nei citati esperimenti, si ebbe risultato positivo quando il sangue conteneva bacilli, e risultato negativo quando non ne conteneva.

I bacilli, anche iniettati nelle vene, restano in circolo ben poco, perchè vengono subito fissati negli organi. Nessun ricercatore ha mai trovato bacilli della tubercolosi, circolanti nel sangue. Frascella, con il sangue di animali tubercolinizzati, non riuscì mai a riprodurre la malattia nelle cavie.

Perciò, negli esperimenti, il sangue versato nei tessuti, in conseguenza del trauma articolare, non doveva, necessariamente, contenere bacilli, neppure quando il trauma seguì o precedette immediatamente l'inoculazione dei bacilli nel sangue. Alcune volte (Friedreich), dopo avere iniettati bacilli nelle vene, si ebbero focolai tubercolari nelle estremità ossee delle articolazioni non traumatizzate, e restarono immuni, invece, quelle sottoposte a trauma. Vuol dire che i bacilli non si trovavano nel sangue di quella sezione di vasi, nel momento che furono scontinuati dal trauma, mentre se ne trovavano, invece, in altre sezioni; così si spiega anche perchè negli ammalati gravi di tubercolosi polmonare, di cui parla Frascella nel suo lavoro, gravi traumi (fratture, lussazioni) guarirono senza complicazioni. Che io sia nel vero dicendo che, nei diversi esperimenti, si ebbe risultato positivo quando il sangue stravasato conteneva bacilli, e risultato negativo, quando non ne conteneva, lo dimostra il fatto che nessun sperimentatore riuscì ad ottenere la localizzazione della tubercolosi in un'articolazione, adoperando traumi leggeri, che non producevano stravaso sanguigno nei tessuti (Petrow, Salvia).

(1) La relazione fra traumi e tubercolosi locale, studiata sopra alcuni casi clinici. *Bollettino Sanitario dalle Tre Venezie*, maggio 1924.

Non si può escludere che, qualche volta, ad onta della presenza dei bacilli nel sangue stravasato, l'articolazione sia rimasta immune, forse per l'azione fagocitica esercitata dai globuli bianchi sui bacilli: ma si deve ammettere che, per avere la contaminazione sperimentale di un'articolazione traumatizzata è necessario che il sangue versato nei tessuti contenga bacilli.

Alla luce degli esperimenti i fatti clinici diventano, a loro volta, dimostrativi, quando sono bene studiati.

Io, nel mio lavoro venni alle seguenti conchiusioni: 1) un trauma solo quando è tale da produrre stravaso sanguigno in mezzo ai tessuti può essere la causa della localizzazione in essi della tubercolosi; 2) lo stesso si deve dire dell'aggravamento di una tubercolosi in atto; perchè non si può ammettere che un trauma agisca per azione catalitica, o per influsso misterioso sopra un organo con focolai tubercolari, senza, cioè, produrre effetti materiali nella sua compagine: ciò sia che il processo morboso si sia iniziato dai germi tubercolari, che erano, allo stato latente, nei tessuti traumatizzati; sia che i germi si trovino nel sangue stravasato in mezzo ad essi; sia che, in prossimità della regione colpita dal trauma, esistano focolai clandestini, contenenti bacilli latenti, e che questi focolai abbiano connessione linfatica con il focolaio di contusione, in modo che l'infezione dell'ematoma possa verificarsi per via linfatica; 3) non può mettersi in relazione con il trauma una tubercolosi che si origini dopo che gli effetti contusivi da esso prodotti siano scomparsi; o, più chiaramente, dopo che il sangue stravasato in mezzo ai tessuti, si sia completamente riassorbito.

Sicchè lo spazio di due mesi, entro il quale si dovrebbe sviluppare un focolaio di tubercolosi, che fosse stato causato da un trauma, come ammette Astor, potrebbe essere troppo lungo o troppo breve, secondo l'intensità del trauma e la regione colpita.

Questo io scrivevo, nel lavoro sopracitato, nel maggio del 1924.

Nel settembre di questo anno, al Congresso di Amsterdam, dei tre relatori del tema, Diez ammise che il trauma può essere causa diretta di un focolaio tubercolare solo quando, per effetto di esso, si abbia immissione dei bacilli nei tessuti. In tutti gli altri casi si tratterebbe di tubercolosi preesistenti, che il trauma rivela od aggrava. Così il prof. Diez si conforma alla teoria esposta da Villemin al Congresso di Parigi del 1907.

Gli altri due relatori del tema, Liniger e Zöllinger, pur ammettendo che, nella grandissima maggioranza dei casi, il trauma è solo l'agente rivelatore od una causa aggravante di una tubercolosi in atto, ritennero che vi può essere connessione causale diretta fra trauma e tubercolosi solo quando il trauma abbia prodotto notevoli lesioni anatomiche nei tessuti, e vi sia relazione topografica e cronologica.

Questa è la verità, quale risulta dai numerosi esperimenti fatti e dai dati clinici.

Vi sono tubercolosi locali, causate direttamente dal trauma; perchè, alcune volte, il sangue versatosi in mezzo ai tessuti, per effetto del trauma, contiene bacilli, che danno origine a tubercoli.

Questi casi sono rarissimi, perchè solo raramente si avrà coincidenza fra azione traumatica che causi rottura di vasi e versamento di sangue nei tessuti colpiti, e presenza di bacilli in quel punto della rete vasale. Ma si deve ammettere che tutte le volte che un trauma, grave o lieve, causa versamento di sangue nei tessuti, vi è possibilità di sviluppo di una tubercolosi locale.

Con ciò non si torna alle idee di Verneuil « il tumore bianco articolare esclusivamente di origine traumatica »: perchè ora sappiamo che, nella grandissima maggioranza dei casi, la tubercolosi renale, articolare, ecc., è spontanea; essendo prodotta da emboli bacillari, che partono, in un dato momento della vita dell'individuo, da un focolaio tubercolare preesistente, e vanno a fissarsi in un organo: ma si constata che la teoria di Villemin « il trauma esclusivamente rivelatore di una tubercolosi preesistente » non deve essere presa in modo assoluto.

Quando si verifichino le condizioni da me innanzi specificate il trauma può essere causa di una tubercolosi locale.

Venezia, 20 ottobre 1925.

IGIENE.

Pericoli e insidie dell'automobilismo.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

La grande diffusione dell'automobile (si calcola che nel mondo ne circolino una ventina di milioni) ha messo in evidenza alcuni dei pericoli che esso può presentare ed ai quali si può e si deve porre riparo.

L'INFORTUNIO AUTOMOBILISTICO. — Accenno solo di sfuggita alla questione dell'infortunio automobilistico, la quale del resto non è estranea all'igiene, sia perchè buon numero di infortuni potrebbe essere prevenuto con una rigorosa visita ai conducenti, sia perchè l'infortunio automobilistico viene gradatamente assumendo una importanza non lieve nella vita odierna e diventa un elemento non trascurabile nell'andamento della mortalità generale. Agli Stati Uniti, dove il numero degli automobili è salito da 1,767,055 nel 1915 ad oltre sei milioni nel 1920 e supera ora i 13 milioni, il numero delle morti da infortuni automobilistici è salito da 5.8 a 10.4 per 100,000 arrivando a 14.9 nel 1923; il numero totale nel 1920 è stato di 9103 e nel 1923 di 16,452. Una mortalità, quindi, che non differisce di molto da quella media per la difterite in Italia, che supera agli Stati Uniti quella per febbre tifoide e che merita seria considerazione da parte dei pubblici poteri.

L'AUTO E LE MALATTIE MEDICHE. — Ma l'auto, anche per altre ragioni merita la considerazione del medico e dell'igienista. Anzitutto il suo uso non è consigliabile ad ogni sorta di individui. È noto che le persone con speciale tendenza vagotonica hanno, nei viaggi in auto, le stesse sofferenze che per il mal di mare Seri danni può poi portare il viaggio in auto ad individui con affezioni del cieco e dell'appendice, del fegato (calcoli biliari) ed ancora più ai renali. Si ritiene infatti che l'auto possa fare scoppiare od accentuare degli accidenti uremici.

G. Sardou (1) cita il caso di una gottosa, obesa, con sclerosi renale, che andava soggetta a crisi di dispnea, le quali riapparivano regolarmente ad ogni gita in auto ed erano accompagnate da notevole oliguria. In un periodo in cui i suoi reni funzionavano discretamente essa fece un viaggio di un centinaio di chilometri in auto; la quantità di urina si abbassò a cmc. 200 nelle 24 ore e la malata soccombette ad una violenta crisi di uremia. Altre volte compaiono soltanto dolore alla nuca, con disturbi della vista, stanchezza cerebrale od indolenzimento generale che indicano un certo grado di inibizione renale. In caso di lesioni leggere degli organi pelvici (annessi, prostata, retto) l'uso moderato e discontinuo può invece dare qualche giovamento, mentre le stesse malattie, ad un grado avanzato, ne sono aggravate.

Il fattore responsabile per tali disturbi è dato evidentemente dalle scosse ed è analogo a quello che agisce nelle ferrovie, per le quali è stata osservata l'intolleranza degli uremici per i lunghi viaggi. Anche i varicosi e certi cardiaci risentono l'influenza dannosa in cui entra certamente l'azione della gravità; in tali malati, di fatto, gli effetti sfavorevoli delle trepidazioni sono meno sentiti quando l'individuo è trasportato in posizione orizzontale.

I GAS DI SCAPPAMENTO. — Altri danni può provocare l'auto, non solo per chi ne usa, ma anche per gli altri. Segnaliamo anzitutto il pericolo che presentano i gas di scappamento. Nell'auto, come è noto, si brucia la così detta essenza, che è un miscuglio di idrocarburi (eptano e nonano). Nella combustione completa si ha produzione di vapor acqueo (da 15 a 17 %), e di anidride carbonica (CO_2) (da 6 a 13 %); il rimanente dei gas di scappamento è costituito da azoto. Nella combustione incompleta invece si forma dell'ossido di carbonio (CO), in quantità che arriva fino all'11 ed anche al 15 %; la quantità tende ad aumentare con il diminuire di CO_2. Oltre a ciò i gas di scappamento possono contenere idrogeno (fino a 8 %) e tracce di carburi formenici, etilenici ed acetilenici, nonchè dell'acroleina derivante dalla combustione delle sostanze usate per la lubrificazione. Nel caso della combustione incompleta, si hanno, fra i gas di scappamento, anche particelle carboniose e parte della stessa essenza volatilizzata e non bruciata.

Ora, è raro che la combustione sia completa, per cui dell'ossido di carbonio se ne trova sempre nei gas di scappamento; nella maggior parte dei casi la quantità di CO uguaglia quella di CO_2, circa 560 litri di entrambe per ogni litro di essenza consumata e, quando il motore funziona male e, peggio, quando lavora in « folle », la produzione di CO diventa il doppio di quella di CO_2. In tali condizioni, oltre all'aversi dei gas velenosi, si ha anche economicamente una perdita perchè gran parte dell'essenza non viene utilizzata a dovere.

La quantità di CO che così si produce e che si riversa nell'atmosfera delle grandi città è enorme. È stato fatto il calcolo per Parigi che le 40,000 auto circolanti (sopra un totale di 60,000) spargano in media ogni giorno 100 milioni di litri di CO, il che, rapportato alla superficie, fa più di 5 litri al giorno per ogni metro quadrato. Ci-

(1) *Journal des praticiens*, 11 luglio 1925.

fre che forse sono inferiori al vero, poichè per Roma, calcolando che circolino la metà del numero totale di auto, quindi circa 10,000, con un consumo medio orario di tre litri di essenza ed una produzione media di 560 litri di CO per litro di essenza, si avrebbe una produzione oraria di 16,800,000 litri di CO. Ed, ammesso che ogni auto circoli per un paio d'ore al giorno, si arriva già alla produzione giornaliera di oltre 33 milioni di litri di CO.

Per farsi un'idea del reale pericolo, si deve però tener presente che il traffico automobilistico, rispettivamente quindi la produzione di CO non sono uniformemente diffusi nello spazio e nel tempo, ma essenzialmente concentrati in determinati rioni ed in date ore. In essi, quindi, durante certi periodi della giornata, vi deve essere un contenuto di CO assai elevato, tanto più nei punti di incrocio, dove la continua produzione da parte delle macchine con motore avviato compensa la dispersione che avviene nell'atmosfera. La quantità che è stata trovata in strade di diverse città arriva a 0.4-0.5 per mille e fino a 0.66. A New York si è trovato, anche fuori dei punti di arresto una media di 0.1-0.2.

La diluizione dell'CO nell'aria ambiente e la ventilazione impediscono un accumulo eccessivo. Occorre però tener presente che l'CO ha una densità non di molto differente da quella dell'aria (0.968) e che quindi il suo sollevamento non può essere molto rapido. La zona pericolosa può considerarsi fino all'altezza di circa due metri dal livello stradale. Sono quindi esposti all'intossicazione da CO gli individui che debbono stare più o meno fermi nella strada (selciatori, sorveglianti, vigili urbani) e non è da escludere che lo siano anche gli abitanti al piano terreno in stanze con finestre basse; forse non pochi dei malesseri che si osservano nelle grandi città riconoscono questa causa.

Talvolta i gas di scappamento, invece di trovare libera uscita all'esterno, possono penetrare nell'interno della carrozzeria per il pavimento eventualmente sconnesso. In tali condizioni, se si tratta di carrozza chiusa, si possono avere avvelenamenti mortali, che si sono verificati durante la guerra ed anche più recentemente (1). Conseguenze meno tragiche, ma disturbi accentuati dell'equilibrio sono stati osservati da un medico sopra sè stesso, appunto in conseguenza di qualche fuga di gas di scappamento (2).

(1) RANWEZ. *Mort d'homme en automobile.* Bull. Acad. R. de méd. de Belgique, 1924, v. IV, p. 126.

(2) Koolmonoxide-vergifting en geslotten Fordvagons. Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, 14 marzo 1925.

Evidentemente maggiore è il pericolo nei « garage », nei quali si mette in azione il motore per provarlo. In tali luoghi chiusi e — il più delle volte — insufficientemente ventilati, si possono accumulare grandi quantità di gas di scappamento. In un'inchiesta fatta a New York (1), si è rilevato che nel 77.5 % l'aria dei « garage » contiene dell'CO, in proporzioni che arrivano anche al 2 per mille. Nella maggior parte di tali « garage » la ventilazione era assai scarsa; in molti mancava qualsiasi finestra.

Non è a meravigliarsi se in tali condizioni, nel 69.5 % degli individui addetti al lavoro si trovi dell'CO nel sangue, se tutti accusino cefalea e, nella grande maggioranza abbiano un pallore più o meno accentuato; questo però non sempre va messo in rapporto con la diminuzione della quantità d'emoglobina, che è stata trovata quasi sempre normale, ma piuttosto con disturbi della circolazione sottocutanea di origine nervosa tossica.

Ma si possono avere disturbi anche più gravi, quali casi di asfissia di cui se ne osservarono 113 in due anni su 5906 individui esaminati (2) ed anche la morte, che si è avuta in sette del gruppo di individui di cui sopra ed in altri casi riportati da C. W. Hitchock (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 1919, n. 257).

Per l'Italia ci mancano dati in proposito, sembra che casi di morte non vi siano stati — o almeno non ci risulta che siano stati pubblicati. Certamente le condizioni dei nostri « garage » non devono essere molto diverse da quelle a cui si riferiscono le citate osservazioni, poichè manca nella maggior parte di essi qualsiasi finestra che, facendo riscontro all'apertura della porta, permetta una buona ventilazione. Forse la minore affluenza di macchine rende meno pericoloso il lavoro.

I pubblici poteri dovrebbero quindi pensare alla tutela di questi lavoratori per impedire, non solo le conseguenze mortali, ma anche quelle derivanti dall'intossicazione cronica per CO. Fra i provvedimenti da prendere, oltre ad assicurare la buona ventilazione, è da citarsi il cambiamento di posizione del tubo di scappamento dei gas da mettersi verticale anzichè orizzontale. Con questa modificazione, si è veduto che l'aria, all'altezza di m. 1.50, dopo il funzionamento del motore per cinque minuti, conteneva soltanto 0.5/10,000 di CO, quantità quindi completamente tollerabile.

(1) E. CIAMPOLINI. *Carbon monoxide hazard in public garages.* Journ. industr. hyg., luglio 1924.

(2) Asphyxation in garages and other automobiles accidents. N. Y. Dept. Labor, *Special Bull.*, n. 101, dic. 1920.

IL TETRAETILE PIOMBICO. — Allo scopo di dare una combustione completa e come antidetonante, per prevenire l'esplosione prematura, la quale altera il funzionamento utile del motore, è stato introdotto da qualche tempo un prodotto che va in commercio sotto il nome di « ethylfluid » o « ethylgasoline » e che è costituito da piombo tetraetile (Pb $(C_2H_5)_4$), mescolato con dibromometilene o con tetracloruro di carbonio, o con tricloretilene. Se ne usano 5 cmc. per ogni 5 litri di benzina, con buoni effetti. Esso permette di utilizzare nei motori a scoppio anche il benzolo che, come sottoprodotto del gas, viene ad un prezzo minore che non la benzina. Basta la presenza di una molecola di piombo tetraetile in 200,000 molecole di vapori di benzina ed aria per dare la soppressione degli scoppi.

Questo prodotto però presenta una notevole tossicità, della quale si sono avute le prime prove in parecchi stabilimenti in cui esso è fabbricato. Molti operai sono caduti malati con gravi disturbi mentali (tendenza alla fuga, delirium tremens) e ne sono morti. Questi deplorevoli incidenti hanno richiamata l'attenzione del pubblico il quale aveva accolto con molto favore il prodotto e si incominciò a sospettare che, non solo nella preparazione, ma anche nell'uso da parte degli automobilisti, il tetraetile piombico presentasse dei pericoli.

L'azione tossica di tale prodotto si ha come conseguenza dell'inalazione (dose letale mg. 5,11 per litro di aria) e della applicazione sulla cute (dose letale cmc. 0,6 per kg. di peso) (1). Esso può quindi essere tossico per coloro che lo producono e lo maneggiano, come per gli automobilisti ed anche per il pubblico.

Sta di fatto che, nella combustione, ai gas di scappamento del motore sono mescolati dei composti di piombo (ossidi e, forse più probabilmente, bromuro o cloruro) che, evidentemente, non subiscono alcuna diluizione nell'atmosfera, ma si depositano e possono poi venire inspirati con la polvere e comunque introdotti nell'organismo. Zangger avrebbe calcolato che, per una città come Zurigo, con 200,000 abitanti, la generalizzazione del piombo-tetraetile spargerebbe in un anno circa 100 quintali di piombo per le strade. Per Roma (con una popolazione quadrupla), calcolando su 10,000 auto, con un consumo medio di tre litri all'ora e per due ore lavorative si arriverebbe ad una produzione annua di 74 quintali: tenuto conto che il 63 % del Pb rimane nei meccanismi del motore, si avrebbe uno spargimento per le strade di 28 quintali; cifra ad ogni modo rispettabile che deve indurre a serie considerazioni.

Appare quindi necessario correre ai ripari e ciò non solo per la difesa degli automobilisti, ma di tutta la popolazione. Gli Stati Uniti avevano frattanto proibito l'uso del tetraetile piombico, in attesa che una commissione di esperti decidesse se realmente tale prodotto può considerarsi tossico nell'industria dell'automobilismo.

Ora tale commissione ha presentato le sue conclusioni. Essa ha studiato l'intossicazione piombica negli automobilisti che usavano il piombo-tetraetile e quelli che non lo usavano, dosando il contenuto in piombo delle feci e ricercando la basofilia delle emazie, che, come è noto, è ritenuta un segno iniziale la intossicazione saturnina. Si è riscontrato che per i conducenti di auto non vi sono differenze; invece valori maggiori si hanno per gli operai che lavorano nei « garage » e più elevati in quelli dove si usa la benzina al tetraetile, ma sempre inferiori ai valori che si hanno in operai occupati in industrie in cui il pericolo del saturnismo è notorio.

Le conclusioni in realtà, se pure accompagnate da qualche riserva, ci sembrano molto ottimiste. Non dobbiamo dimenticare che sono in gioco fortissimi interessi delle società produttrici; si tenga presente che in un paio d'anni sono stati distribuiti nei soli Stati Uniti 1,300,000,000 litri di « ethylgasoline » e che quindi un intralcio ad un commercio tanto proficuo può costituire un fattore economico di notevole importanza che la detta commissione non può non avere considerato, evitando di dare un parere nettamente sfavorevole.

D'altra parte il tempo da cui si usa il piombo-tetraetile è troppo breve perchè si possano avere conclusioni definitive. Si può dire che, almeno nella industria automobilistica, il piombo-tetraetile non dà intossicazioni drammatiche, come le ha date nella sua fabbricazione. Ma a chi conosce l'azione insidiosamente deleteria del piombo nell'organismo non può sfuggire il pericolo che presenta l'accumulo lento nell'organismo. Vero si è che, nella vita odierna, noi siamo circondati da veleni, ma appunto per questo, allo stato attuale delle cose, non è consigliabile aggiungerne altri e bene hanno quindi fatto i Ministeri dell'Interno, delle Finanze e delle Comunicazioni ad impedire che in Italia venga introdotto il tetraetile piombico ed a salvaguardare così la salute dei cittadini italiani. Soltanto dopo una più larga e prolungata esperienza che dimostri realmente l'innocuità, od almeno il pericolo non grave del prodotto, si potrebbe permetterne l'uso.

(1) A. HAMILTON, P. REZNIKOFF e G. M. BURNHAM. *Tetra-ethyl lead.* Journ. Amer. Med. Assoc., v. 84, n. 20, 16 maggio 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

ARTICOLAZIONI.

Eziologia e terapia delle malattie articolari croniche.

(W. ALWENS. *Münch. med. Wochenschrift*, 1926, n. 11-12).

L'A. esamina particolarmente quali rapporti possano esistere fra le artriti croniche, da un lato e la tubercolosi e le osteopatie, specialmente la rachitide tardiva dall'altro.

Il quadro clinico del reumatismo articolare tubercolare è stato descritto sistematicamente da Poncet e dalla sua scuola nel 1897, sebbene prima di lui, già Kussmaul e Grocco avessero pubblicato osservazioni di artriti multiple nei tubercolosi.

Le forme descritte da Poncet sono:

1) *Acuta*, più che altro una manifestazione parziale della tubercolosi miliare acuta, in cui i fenomeni articolari possono essere in prima linea. La natura tubercolare è stata confermata dal reperto dei bacilli e di tubercoli nella sinoviale.

2) *Subacuta*. Mostra una certa somiglianza con la poliartrite reumatica; l'inizio però è meno acuto e la temperatura meno elevata. Lo stato generale è piuttosto cattivo, i dolori articolari sono forti, il trattamento salicilico inefficace. Si può avere la guarigione o, più spesso, l'anchilosi di una o più articolazioni, od anche lo sviluppo di un tumore bianco.

La diagnosi può essere confermata dal reperto di bacilli nel liquido articolare o nel sangue circolante oppure dalle modificazioni istologiche nell'articolazione. Tale reperto però è molto raro, tanto che Poncet ritiene che si tratti più che altro di lesioni tossiche. Per la diagnosi soccorrono quindi altri elementi, quali la linfocitosi dell'essudato articolare, l'adenite prossimiore, la presenza di focolai tubercolari in altri organi, la reazione di focolaio con la tubercolina; si è anche osservata la frequente coincidenza di tubercolosi cutanea e la temperatura elevata della pelle al di sopra dell'articolazione, al contrario di quanto si osserva nella poliartrite reumatica e gonorroica.

3) *Cronica*, che viene da Poncet suddivisa in poliartrite cronica deformante, polisinovite cronica, artrite senile secca, reumatismo tubercolare anchilosante e che è molto discussa.

L'A. ha osservato 8 casi di artrite cronica primaria in cui, pur senza controllo di autopsia, si può riconoscere, in 2 casi con certezza negli altri con probabilità, la natura tubercolare. Per la diagnosi di probabilità, valgono i seguenti concetti: l'accurata anamnesi familiare, la storia dell'ammalato stesso, la ricerca di processi tubercolari presenti o passati specialmente delle ghiandole e dei polmoni, l'esito della reazione alla tubercolina ed il successo della terapia specifica. Nessun quadro caratteristico si ha con la radiografia.

Come decorso clinico, si ha talora quello della periartrite progressiva destruente (Umber) o della osteoartrite deformante; vi è una certa tendenza agli attacchi successivi con transitorie tumefazioni delle articolazioni. Anche qui, come nelle tubercolosi ossee ed articolari, si ha in una gran parte dei casi che la ricerca radiologica rivela nei polmoni la presenza di processi cirrotici ed inattivi.

La patogenesi sarebbe da riferire ad una necrosi asettica ossea o condrale provocata dall'improvvisa chiusura di un vaso, probabilmente per un embolo. La interruzione di nutrizione dell'epifisi sarebbe una blanda necrosi embolica in una infezione che non progredisce oppure già superata.

Riportiamo una delle osservazioni dell'A.:

Individuo di 47 anni, di cui la madre era morta per tubercolosi. Da bambino ebbe adeniti al collo seguite da estirpazione; non ebbe mai malattie polmonari. Nel 1913, inizio quasi improvviso della malattia articolare con dolori al braccio ed alla spalla di destra e più tardi della mano, del ginocchio e del piede. Ogni tanto attacchi con tumefazioni articolari di breve durata. Cure termali inefficaci; la terapia seguita fino al momento dell'osservazione era consistita in massaggio, elettricità, arsenico.

All'esame si rileva: cicatrice al lato destro del collo; sul lobo polmonare superiore destro, lieve diminuzione della risonanza plessica e leggeri rantoli con diminuzione del murmure. Sull'articolazione metacarpo-falanges del 4° dito della mano destra, tumefazione della grossezza di una noce, emisferica, con fluttuazione netta. Tutte le dita mostrano nella articolazione metacarpo-falangea una direzione divergente dalla normale verso il lato ulnare. Analoghe alterazioni, ma meno pronunciate si osservavano alle dita della mano sinistra. Anche le dita dei piedi mostravano modificazioni artritiche; alluce valgo d'ambo i lati. Nulla si osservava nelle grandi articolazioni. Temperatura afebbrile.

All'esame radiologico del torace si vedeva all'apice destro un focolaio calcificato, nel lobo superiore un'ombra confluente. Ilo ingrossato a destra. A sinistra un'ombra ed un focolaio calcificato. L'esame radiologico del gomito mostrava inspessimento della capsula, alla mano, rima articolare ristretta con leggera atrofia dei capi ossei.

Dopo una prima iniezione di 1/100 di mg. di tubercolina, se ne fece un'altra di 3/10 di mg. Ad

essa seguì aumento dei dolori nell'articolazione delle dita della mano destra e dell'articolazione del piede, con forti dolori e sudori. Le tumefazioni all'indomani erano scomparse. Si ottennero buoni successi terapeutici con la diatermia e la cura di tubercolina.

Nei casi dell'A. ebbero particolare significato per la diagnosi: la tara tubercolare familiare, l'anamnesi individuale, l'esito positivo della reazione tubercolinica, il successo terapeutico con la tubercolina ed anche l'insuccesso dei preparati salicilici. Non si è mai avuta la coincidenza di lesioni tubercolari attive, ma piuttosto di antiche manifestazioni tubercolari. Si deve quindi ammettere un'infezione tubercolare a decorso cronico e larvata.

L'A. ritiene che all'eziologia tubercolare delle artriti croniche si debba dare una notevole importanza, pur senza aderire all'idea di Poncet secondo il quale ogni malattia articolare in un tubercoloso deve essere considerata come di natura tubercolare e senza ammettere che il reumatismo articolare tubercolare sia tanto frequente come vuole la scuola francese. Il riconoscere l'eziologia tubercolare ha un grande significato pratico appunto per il successo della terapia specifica.

Un'altra categoria di lesioni che possono dare le artriti croniche sono le osteopatie, specialmente della rachitide tardiva. Di queste l'A. cita un esempio in una suora di 32 anni, che aveva sofferto di rachitismo da bambina, aveva incominciato a camminare a 3 anni ed accusava da un paio d'anni dolori ad ambedue le ginocchia, specialmente al destro. All'esame radiologico, si vedevano nette cicatrici epifisarie specialmente alla tibia; al condilo medio del femore di ambo i lati, degli osteofiti e leggara atrofia a striscie dell'osso. I capi articolari della tibia non sono arrotondati, ma mostrano degli spigoli. Si fa quindi diagnosi di rachitide tardiva ed artrite deformante iniziale.

Anche in questi casi è importante il riconoscere la precisa eziologia perchè si possa iniziare una terapia utile, evitando anzitutto il lavoro pesante, mettendo l'individuo in buone condizioni igieniche, alimentandolo bene facendogli fare dei bagni, l'elioterapia e somministrandogli l'olio di fegato di merluzzo fosforato. Importante è in questi casi anche la somministrazione di stronzio che può essere fatta perorale od endovenosa. L'A. consiglia il salicilato di stronzio per la somministrazione *intra venam* (10 cmc. di una soluzione al 5 %) o quella orale del lattato; in caso di intensi dolori è consigliabile il bromuro di stronzio per via endovenosa.

L'A. ritiene che la dipendenza delle artriti croniche con osteopatie, specialmente con la rachitide tardiva, sia provata anche dalle osservazioni statistiche; nel dopoguerra di fatto si è avuto un aumento tanto delle osteopatie quanto delle artriti croniche.

FILIPPINI.

Stiramento dello sciatico come atto complementare in trapianto osseo peduncolato per pseudoartrosi congenita della gamba.

(DARIO MARAGLIANO. *La chirurgia degli organi di movimento*, vol. IX, fascicolo IV-V).

L'autore riferisce un caso di pseudoartrosi congenita di una certa importanza. Si tratta di un ragazzo che attualmente ha sette anni e mezzo.

La pseudoartrosi era a carico del terzo inferiore della tibia e del perone di destra.

All'età di venti mesi venne da un chirurgo operato di resezione del tratto aplasico con esito infelice.

Il ventisette maggio 1920, all'età di trentaquattro mesi l'autore eseguì un innesto libero autoplastico tanto sulla tibia che sul perone, mediante due stecche osteoperiostee prelevate dalla tibia del lato opposto. Insuccesso completo. Il 22 ottobre 1921 l'autore ripetè il trapianto libero autoplastico facendo un manicotto di tessuto osteoperiosteo tutto attorno. Anche questa volta l'esito è stato infelice.

Il 20 aprile 1923 tentò un innesto osteoperiosteo omoplastico con stecca ossea prelevata dalla cresta della tibia del fratello sedicenne. Insuccesso completo. Il 22 maggio 1924 l'Autore mise a nudo lo sciatico popliteo esterno ed interno nel cavo del poplite e ne eseguì lo stiramento. Notò in esso nervo segni di sclerosi perifascicolare.

Il 25 maggio 1924 eseguì un trapianto peduncolato alla Reichel. Dopo 48 giorni tolse l'apparecchio gessato. Dopo 51 giorni sezionò alla base il peduncolo suturandolo al margine posteriore della ferita. Al settantacinquesimo giorno l'Autore notò la buona unione ossea fra la stecca ed i monconi.

Tre mesi dopo l'intervento fece camminare il bambino munito di un apparecchio gessato che dopo un mese tolse del tutto. Dall'ottobre 1924 l'operato cammina tutto il giorno senza risentire alcuna molestia.

L'Autore non sa dire sicuramente se l'atto complementare da lui eseguito sullo sciatico sia stato utile e in quale misura. Dà un grande valore al fatto di aver lasciato la stecca periostea in connessione col suo peduncolo nutritivo per 51 giorni.

L'autore finisce l'articolo col domandarsi se la sclerosità da lui osservata a carico dello sciatico interno ed esterno sia un reperto accidentale, o se in qualche modo possa avere rapporto causale con i disturbi trofici delle pseudoartrosi congenite.

SCANDURRA.

Sulla cosidetta spalla a scatto.

(GULEKE. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 139, pag. 100, anno 1926).

L'A. ha osservato un ragazzo di 15 anni che da un anno aveva notato che in determinati movimenti del braccio destro si produceva un rumore nella spalla destra che si accompagnava alla sensazione di spostamento dell'omero corrispondente. Un medico gli applicò un apparecchio gessato per tre mesi; tolto questo, dopo un periodo di rigidità articolare, ricomparvero gli stessi disturbi accompagnati da dolori, tanto da impedirgli il lavoro.

All'esame obbiettivo si notava che bastava abdurre all'angolo retto e portare anteriormente l'omero perchè si verificasse uno spostamento all'indietro della testa omerale dalla cavità glenoide. Erano evidenti già all'ispezione, i segni di una sublussazione posteriore. Bastava innalzare di più l'omero e addurlo perchè si ritornasse a condizioni normali. Il movimento di sublussazione era accompagnato da un rumore che l'A. giudica di origine estraarticolare in quanto si produceva solo se il deltoide era contratto.

Venne fatta diagnosi di sublussazione abituale ricorrente della spala. Kappis ha sostenuto che in questi casi si trattasse di uno spostamento della scapola sotto il deltoide; questo non era certamente il caso perchè in ripetuti controlli si potè assodare l'esistenza di uno spostamento della testa omerale rispetto alla cavità glenoide.

L'intervento chirurgico consistette nel creare un arresto all'escursione della testa. Dalla fascia lata venne dissecato un lembo di 30 cm. per 6.

Con una incisione lungo il margine posteriore del deltoide e una nella fossetta sottoclavicolare fu possibile di liberare per via ottusa il collo omerale.

Il lembo aponeurotico, introdotto a cingolo attorno alla testa, venne suturato coi due capi all'apofisi coracoide.

Dopo 7 mesi il risultato è ottimo. Nel caso di una recidiva l'A. si ripromette di creare un argine nel contorno post. della cavità glenoide con un trapianto osseo.

VALDONI.

Nuovi procedimenti per la riduzione delle lussazioni della spalla.

(FAURE. *Journal des praticiens*, 6 marzo 1926).

L'A. ha avuto un buon successo usando il metodo seguente, in due casi che avevano resistito al metodo di Kocher.

Mettersi in posizione perpendicolare al lato leso, di fronte alla spalla. Con la mano destra, impugnare il gomito del ferito, sollevarlo dolcemente e farlo appoggiare sulla spalla del chirurgo. Continuare a sostenere il gomito, senza trazione, con le punte delle dita della mano destra, ed andare man mano fino al fondo dell'ascella ad afferrare la testa dell'omero. Riportarla quindi verso di sè, risalendo; la testa rientra subito nella cavità glenoide senza alcuno sforzo, con una facilità che fa maraviglia. Il malato non è prevenuto e non resiste, non si contrae, non soffre.

Tale procedimento è analogo a quello di Porthes, della trazione in abduzione lenta, ma ne differisce essenzialmente perchè non necessita nè trazione, nè controestensione, nessuno sforzo, nessun aiuto. Esso merita di essere tentato.

Shikkande (rif. in *Riforma medica*, 1° gennaio 1926) consiglia quest'altro metodo. Il paziente resta di fronte al chirurgo il quale gli si tiene in piedi davanti e garbatamente prende l'arto lussato, se ne applica l'avambraccio sulla spalla che gli corrisponde, cioè sulla sinistra se la lussazione è a destra e viceversa. Si invita poi il paziente a passare l'altra mano sotto il cavo ascellare del chirurgo, il quale rimane così circondato dalle braccia del paziente.

Allora l'operatore applica i pollici nel cavo ascellare sulla testa lussata, mentre le dita circondano intorno intorno la spalla. Il paziente è poi invitato a tentare di mettersi a sedere o ad appendersi al collo del chirurgo.

In questo insieme di manovre, si esercita uno spostamento del capo lussato, sotto la guida dei pollici del chirurgo.

A. F.

CUTE.

La desquamazione primaverile ed estiva delle mani e dei piedi.

(M. FAVRE e J. GATÉ. *Le Journal de Médecine de Lyon*, 20 maggio 1926).

È una malattia recidivante, della durata di parecchie settimane, fastidiosissima, ribelle finora a qualsiasi cura che si presenta ciascun anno, e per più anni, alla stessa epoca, al ritorno della bella stagione, nello stesso individuo.

Il Brocq così la descrive:

« La desquamazione estiva a zone delle mani è essenzialmente costituita da isolotti di desquamazione a marcia eccentrica... Questi isolotti di desquamazione incominciano con un piccolissimo sollevamento foliaceo dell'epidermide che prende una tinta di un bianco opaco su di uno spazio grande quanto una piccola, media, grossa testa di spillo. L'aspetto è quello di una vescicola vuota, ma essa non contenne mai del liquido.

Poi l'epidermide così sollevata si rompe al centro e lo scollamento continua alla periferia, allargandosi sempre più, di modo che dopo un po' di tempo ci si trova in presenza di una zona centrale già desquamata, circondata da un collaretto epidermico, sollevato, sottile, lamelloso, a scorza di cipolla. Gli isolotti di desquamazione hanno dimensione variabile, in media 15 millimetri di diametro. Possono confluire dando una irregolare configurazione serpiginosa. Sono scarsi, o addirittura coprono la palma della mano ed i lati delle dita. Qualche volta si ha desquamazione a grosse lamine, ed allora prende l'aspetto di una cheratodermite palmare: ma più di sovente la desquamazione è sottile e gli isolotti sono passeggeri e migrano da un punto all'altro.

La malattia non offre nessuna gravità, ma è di una tenacia e recidività disperante ».

Vicino a questa forma ordinaria vi è una forma a fondo eritematoso, con rossore diffuso accompagnato ad una desquamazione fine, lamellosa, aderente, con sollevamento epidermico scarso, con pseudovescicole rare.

I tentativi terapeutici finora fatti sono riusciti vani, e l'oscurità completa regna sulla natura della desquamazione areata primaverile ed estiva delle mani e dei piedi.

*
* *

È un'affezione che non si può fare a meno di ravvicinare alla disidrosi. L'una e l'altra tornano a stagioni, preferiscono la stagione calda, e recidivano sullo stesso soggetto. La differenza più grande è data dalla presenza di liquido nelle vescicole della disidrosi. Questa solo al periodo terminale può assumere l'aspetto secco, sul tipo di una desquamazione a piccole aree su di un fondo diffuso di eritema.

Per queste somiglianze il Favre ha voluto tentare la cura della disidrosi ed ha avuto successi costanti con guarigione rapida.

Il trattamento consiste in pennellature di tintura di iodio pura, largamente applicata e ripetute tutti i giorni. Al mattino, dopo un lavaggio di acqua calda, con le mani ancora umide il paziente fa un massaggio prolungato con glicerina pura.

La guarigione si ottiene rapida e completa.

PERSIA.

Contributo allo studio dell'angiolupoide.

(GAVALOWSKI. *Acta dermato-venereologica*. Stockholm, 1926, vol. VII, fasc. I).

In una donna di 34 anni, operaia, si osservava sul naso nell'angolo dell'occhio sinistro una papula piana lunga 7 mm. per 4 di larghezza, a margini ben delimitati, con cute circostante sana, di colorito bruno-rossastro che però variava di tinta di quando in quando. Sulla superficie della papula perfettamente liscia si distinguevano numerosi piccoli vasi visibilmente dilatati che scomparivano alla retro-pressione. Se questa era esercitata energicamente la tinta rossa scompariva del tutto e non restava che una tinta monocroma bruno-giallastra assai leggera. Sotto la pressione del dito la papula si avvertiva di consistenza molle, pastosa ed era spostabile in tutti i sensi. Sul lato destro del naso, a due centimetri circa dall'angolo dell'occhio, si osservava una piccola papula della grandezza di un grano di miglio, di un colorito rosso-bruno più chiaro che rammentava le papule della copparosa.

La lesione principale rimontava a quattro mesi innanzi e si era iniziata con una piccola macchia rossa, seguita ben presto da una lieve rilevatezza centrale che a poco a poco, senza causare alcun disturbo all'inferma, aveva raggiunto il volume e l'aspetto attuali. L'esame toracico faceva rivelare un'antica affezione apicale destra.

Si trattava dunque di un processo cronico, verisimilmente di carattere infiammatorio, nel quale si poteva escludere la natura sifilitica: una gomma superficiale solitaria, oltre che estremamente rara, non sarebbe rimasta stazionaria per 4 mesi.

Fra le tubercolosi cutanee si poteva escludere il lupus, non essendovi traccia di piccoli tubercoli lupici colore zucchero caramellato, ed il lupus eritematoso per l'assenza di desquamazione e di atrofie cicatriciformi. La presenza invece dell'elemento angiomatoso faceva pensare, come segno clinico dominante, a quell'affezione di natura tubercolare essa pure, descritta nel 1912 da Brocq e Pautrier e da essi denominata *angiolupoide*.

Fino ad ora sono stati descritti 14 casi di questa rara affezione, fra cui uno del nostro Breda. In tutti i casi osservati, salvo tre, l'affezione aveva sede sul naso: in due era colpito il labbro, in uno il piede. Tre volte fu osservata la combinazione con altre malattie cutanee (con acne papulosa, con lues papulosa e in un terzo caso con lupus volgare e sarcoide di Boeck'). Si è osservato, invece, più volte l'emottisi, la pleurite, l'infiltrazione e la sclerosi dell'apice, ecc.

In otto casi fu praticata la reazione della tubercolina, ma con risultati incerti: due volte sole si ebbe reazione generale e locale.

In sei casi si tentò, con esito negativo, la colorazione dei bacilli nelle sezioni e l'inoculazione nelle cavie.

Anche l'A. tentò l'inoculazione nelle cavie, ma senza successo.

L'esame istologico, invece, del nodulo ha fatto in complesso riconoscere all'A. un tessuto di natura tubercolare o almeno tubercoloide, assai vicino alle lesioni del sarcoide di Boeck, con qualche differenza in paragone ai reperti di altri osservatori, che però l'A. attribuisce al fatto che nel caso da lui studiato l'affezione, che datava solo da 4 mesi, era in uno stato meno avanzato di evoluzione. Alcuni autori considerano il sarcoide di Boeck come il tipo dell'infezione tubercolare allergica in cui la reattività del derma è modificata dalle infezioni anteriori. È probabile che l'angiolupoide rappresenti un tipo analogo di alterazione tubercolare allergica, ma con evoluzione diversa e con apparenza clinica *sui generis* caratterizzata dall'elemento vascolare e telangectasico.

V. MONTESANO.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. prof. R. BOMPIANI. *L'età pubere nella donna.* Breve saggio di fisiopatologia costituzionale con un'appendice sulle anomalie della mestruazione dalla pubertà all'inizio della vita sessuale. — Un volume di pagg. VIII-128, con una grafica e 6 figure nel testo. Edit. Luigi Pozzi, Roma, Prezzo L. 16.

Ci teniamo onorati di riportare integralmente il giudizio espresso dall'illustre prof. sen. Pestalozza su questa Monografia edita dal solerte comm. Pozzi:

« Tutti sanno quali profonde modificazioni porti, specialmente nella donna, il passaggio dalla fanciullezza alla pubertà. Modificazioni anatomiche, funzionali e nello stesso campo psichico, che non sembrano però informate ad una legge costante, ma improntate piuttosto ad una grande variabilità. Non è esagerazione il dire che qualche volta questo periodo veramente critico della vita ci pone davanti ad un enigma del quale non è sempre possibile prevedere la risultante.

« Le ragioni di questa grande variabilità sono state messe in evidenza dai più recenti studi sull'influenza reciproca fra costituzione somatica, umorale e fisio-psichica da una parte ed apparato genitale dall'altra.

« Il Bompiani che di questi studi si è particolarmente occupato, ha avuto la felice idea di riassumerli nelle loro conclusioni essenziali, dotando così la letteratura medica di una succosa monografia che investe lo studio di tutti questi rapporti, non solo nel campo fisiologico, ma anche in quello patologico.

« Degno di fissare in modo particolare l'attenzione del medico pratico mi pare il riuscito abbozzo di una fisio-patologia dei singoli apparati nell'età pubere, in un capitolo che fornisce occasione ad uno sguardo d'assieme a tante forme morbose più o meno note, che possono dirsi proprie di tale momento critico della vita femminile.

« La diffusa appendice sulle anomalie della mestruazione in questo primo periodo dell'età feconda, colla loro sistematica classificazione, e specialmente il capitolo dedicato alla loro cura secondo le più moderne e accreditate vedute, conferiscono alla monografia un carattere di praticità che la renderà bene accetta anche all'infuori della stretta cerchia degli specialisti, nel grande campo della medicina generale ».

E. PESTALOZZA.

J. LEMELAND. *Grossesse et accouchements pathologiques.* Ed. Norbet Maloine 1926, Paris, Rue de l'École de Med., 27.

Il volumetto (115 pag. di piccolo formato) fa parte della collezione dei « Petit Précis » ed ha di questi tutti i pregi e gli inconvenienti.

Nell'insieme, come pro-memoria, può essere sufficiente, specialmente per certi capitoli. Altri sono invece troppo sacrificati con manifesta... sperequazione. Così mentre alla pres. podalica sono date 8 pagine, la pres. di spalla è svolta in meno di una facciata. Così pure, come concentrare la gravidanza ectopica in 20 righe? Anche sarebbe stato utile un indice per materia.

Comunque non crediamo di peccare di nazionalismo se concludiamo col dire che, se pure in fondo questo manualetto ha qualche pregio, non mancano in Italia prontuari anche migliori e quindi più consigliabili.

P. G.

G. CHIARUGI. *I gemelli.* Unione tipogr. ed. Torinese, 1926. L. 10.

In forma semplice e riassuntiva, sulla base delle moderne ricerche di embriologia comparata e sperimentale, sono esposte le varie modalità e le cause della gravidanza multipla, con le caratteristiche di essa e dei gemelli. Vi è anche un capitolo sui mostri doppi e sulle applicazioni dello studio dei gemelli al problema della origine dei sessi.

Il breve volume (pag. 100) inizia nel modo migliore una nuova collezione « La Biblioteca di Cultura medica » che la U.T.E.T. sta lanciando sotto la direzione del prof. sen. Lustig.

L'attuale monografia interessa non solo gli specialisti ma anche i medici generici e i biologi, nonchè la gran massa del pubblico colto.

Essa avrà quindi rapida fortuna.

P. G.

Biologie u. Pathologie des Weibes. Ed. Urban e Schwarzenberg 1926. Berlino-Vienna.

Sono usciti i fascicoli 21 e 22 della monumentale opera diretta da Halban e Seitz, che già in più occasioni ebbimo modo di recensire con ammirazione. Anche questi capitoli sono illustrati con larghezza (p. es., 14 tavole a colori bellissime arricchiscono la trattazione delle mammelle, fatte da Jascke).

Nel fasc. 21 A. Meyer svolge la clinica dei tumori ovarici, e Futh parla delle lacerazioni e dei corpi estranei; nel fasc. 22 oltre alla monografia già citata di Jaschke, c'è una esauriente trattazione delle malattie del peritoneo fatta da Baisch.

I richiami bibliografici sono molto abbondanti; gli argomenti sono sviscerati a fondo; l'edizione è, come sempre, magnifica. Quest'opera seguita così ad essere degna di lode per gli ideatori, per gli autori e per la casa editrice.

P. G.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 16 marzo 1926.

Presidenza: prof. L. DOMINICI, V. Presidente.

Indicazioni della splenectomia nella malaria cronica.

L. DOMINICI. — L'O. presenta alcuni infermi che ha operato di splenectomia, e le milze asportate. Dallo studio di questi casi operati e di molti altri osservati, trae le seguenti deduzioni:

1) In genere non si devono operare di splenectomia i malarici cronici perchè ve ne sono molti anche con splenomegalie notevoli che non soffrono di nessun disturbo nè generale nè locale, tranne gli accessi febbrili e negli intervalli fra questi attendono normalmente alle loro occupazioni. In questi casi deve essere prescritta una cura medica rigorosa ed eventualmente, se il volume della milza è notevole, la radioterapia dalla quale l'O. crede che non si possa aspettare risultati duraturi.

2) La splenectomia non guarisce la malaria nè impedisce nuove reinfezioni.

3) Ma vi sono dei casi nei quali i disturbi di cui soffrono gli splenomegalici possono essere curati con speranza di successo soltanto con la splenectomia. Questi casi sono:

a) le splenomegalie malariche complicate da cisti da echinococco, da ascesso, da cisti ematiche, da torsione acuta del peduncolo, da rotture traumatiche o spontanee, nei quali ultimi casi l'intervento (che può essere anche di urgenza) forse talvolta può essere conservativo;

b) le splenomegalie malariche fortemente dolorose;

c) le splenomegalie malariche mobili od ectopiche che comprimono gli organi digerenti o gli ureteri o la vescica o, nella donna, gli organi genitali dando luogo a disturbi notevoli quali sono quelli che l'O. ha osservato negli infermi da lui operati.

Il morbo di Paget.

G. SECHI. — Riferisce di un caso di m. di Paget, corredando l'esposizione di uno studio anatomo-patologico completo del tumore asportato.

Dopo la discussione del caso osservato, l'O., avvicinandosi alla interpretazione data dal Borst, ritiene che la lesione primitiva avesse nel suo caso le caratteristiche di un processo flogistico ulcerativo della cute, nel quale era dimostrabile la presenza di cellule discheratosiche; su questa lesione, che avrebbe costituito una specie di stadio precanceroso, si è sviluppato un epitelioma ghiandolare che riproduce la struttura dell'epitelio secernente della ghiandola mammaria.

La colesterinemia negli splenectomizzati.

P. SEU. — L'O. che ha potuto compiere accurate ricerche sul tasso della colesterinemia in individui sani e affetti da malaria cronica sottoposti alla splenectomia, perviene alle seguenti deduzioni:

1) Nella malaria cronica con notevole splenomegalia si ha ipocolesterinemia.

2) Dopo la splenectomia il tasso della colesterina nel sangue totale aumenta avvicinandosi progressivamente al normale che raggiunge dopo circa quattro mesi.

3) Negli individui ai quali l'intervento ha portato notevole giovamento e per i quali l'intervento stesso non ha assunto i caratteri di un trauma operatorio molto grave, il tasso colesterinemico è aumentato in modo marcato e più sollecito.

Contributo allo studio dei fibromi della parete addominale.

G. PACETTO. — Nel caso particolare, in base ai dati clinici ed anatomo-patologici, ritiene che si tratti di un vero neoplasma a struttura fibromatosa, sviluppatosi sul terreno di una pregressa rottura muscolare per una anomalia di evoluzione del processo di cicatrizzazione, e che l'istogenesi del neoplasma debba riferirsi oltre che al tessuto connettivo fondamentale della cicatrice anche a proliferazione del connettivo perivasale.

MACIOTTA.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E DIAGNOSTICA.

Le ustioni oculari.

Se l'ustione è consecutiva alla penetrazione di un prodotto liquido (acido solforico, ammoniaca), lavatura molto abbondante con acqua comune, in mancanza di acqua bollita. Tale lavatura va fatta quanto più presto è possibile ed è per questo che è inutile o dannoso attendere una soluzione capace di neutralizzare il caustico.

Se l'ustione è prodotta da un corpo solido (calce), si rovescieranno a fondo entrambe le palpebre allo scopo di togliere tutta la sostanza che ha potuto penetrare nel sacco congiuntivale.

Completare la pulizia meccanica con lavature abbondanti con acqua bollita o comune; come nel caso precedente, bisogna far presto.

Calmare i dolori dell'inizio mediante compresse immerse nell'acqua bollita fredda, con sale (un cucchiaino da caffè per litro).

Se il dolore persiste, rinunciare alla cocaina che favorisce la mortificazione della cornea; ricorrere invece al collirio di acoina (cg. 10) in 10 g. di olio di oliva trattato con l'alcool e sterilizzato; due gocce, 3 volte al giorno.

Per una ustione leggera, bastano le semplici lavature con soluzione salata isotonica alle lagrime, bollita e tiepida (2 cucchiaini di sale fino per litro); 3 lavature al giorno.

Se la secrezione congiuntivale è troppo abbondante, si instilleranno, mattina e sera, tra le palpebre due gocce di argirol (g. 0.50-1) in 10 g. di acqua distillata bollita e fredda.

Quando avvenga, come complicazione la cheratite, Villard (*Journal des praticiens*, 24 ottobre 1925) consiglia di introdurre fra le palpebre, mattina e sera, una quantità quanto un chicco di frumento di una delle seguenti pomate, la prima nei casi leggeri, la seconda in quelli gravi.

1) Jodoformio finamente polverizzato cg. 30-40 in 10 g. di vaselina.

2) Jodoformio finamente polverizzato cg. 40. Blu di metilene cg. 1. Vaselina neutra g. 10.

In casi di irite, instillare 2-3 volte al giorno due gocce di solfato di atropina (cg. 3-5 in 10 g. di acqua distillata, bollita).

Non prescrivere mai tale collirio se l'occhio è duro e sorvegliare con la palpazione la tensione intraoculare. Se questa si eleva usare il nitrato di pilocarpina (cg. 10 in 10 g. di acqua come sopra).

Se vi è tendenza alle aderenze fra occhio e palpebre, ordinare 10 volte al giorno la mobilizzazione delle palpebre sul globo oculare, dilacerare mediante lo stiletto le aderenze che si fossero di già prodotte.

La produzione di un simblefaron, di una mortificazione estesa delle palpebre, di un ectropion cicatriziale sono di pura spettanza dello specialista.

fil

Sindromi isteriche oculari.

L'associazione, in soggetto isterico, dell'amaurosi con pupilla rigida e midriatica e con angiospasmo retinico è eventualità alquanto rara. In un caso, riscontrato da Q. Zauli (*Annali di Oftalmologia e Clin. oculistica*, giugno 1926), per quanto fosse mancato il trauma psichico, l'alterazione oculare era certamente di natura isterica e si corresse con la cura suggestiva. L'estrema variabilità del campo visivo e del visus era caratteristica in un secondo caso, nel quale fu pure eseguita la cura suggestiva, con esito favorevole.

TOSCANO.

Le emorragie retiniche.

Il clinico è indotto a porsi assai spesso la questione: una emorragia retinica è un disturbo puramente oculare, o la stigmate oftalmoscopica di una affezione generale?

C. O. Hawthorne (rif. in *Paris Médical*, 1925, n. 7) esaminando la natura e il significato delle suffusioni emorragiche della retina, afferma anzitutto assiomaticamente che la constatazione di esse impone un esame generale completo.

Vi sono casi in cui la emorragia ha un significato tutto locale, e costituisce un casuale reperto di esame, come può avvenire in alcune malattie infettive (polmonite, pionefrosi) o non infettive (anemie, clorosi). Ugualmente lo stesso sintomo può osservarsi nei traumatismi cranici, nei neonati sottoposti al forcipe, nei giovani soggetti apparentemente sani in cui ha lo stesso significato di certe emorragie nasali, gastriche, renali a patogenesi ancora occulta.

Le emorragie retiniche sono frequenti negli individui che hanno superato i 50 anni, e sono colpiti da miocardite, da ateromasia, da ipertrofia del cuore sinistro, da nefrite con ipertensione. La constatazione di questo segno ha la più grande importanza negli ipertesi con piccolo rene bianco: la prognosi *quoad vitam* diviene generalmente cattiva. Al contrario, in assenza di lesioni renali marcate negli adulti, nei diabetici, l'emorragia retinica può essere compatibile con

una lunga sopravvivenza. Infine tali emorragie sono frequenti nelle setticemie e nelle anemie e sono indizio di gravità; sono eccezionali nella emofilia, nella porpora emorragica, nella malattia di Hodgkin. L'emorragia è prodotta da rottura vasale, ma questa non è dovuta ad aumento della tensione, ma a modificazioni della parete vasale e ad alterazioni proprie del sangue.

A. PICCINELLI.

I segni oftalmoscopici della sclerosi a placche.

Possono essere d'ordine motore, sia interessanti la motilità estrinseca che la intrinseca dell'occhio, o di natura sensoriale. Secondo Lagrange e Marquezy (*Bulletin médical*, agosto 1925), possono presentarsi sotto due forme generali: talora i disturbi oculari confermano la diagnosi di sclerosi disseminata, e come tali sono da considerarsi il nistagmo in primo luogo; sia che si tratti di nistagmo vero o di scosse nistagmiformi, esso va considerato quale effetto di un importante disturbo tonico. Alle volte i disturbi oculari rivelano la malattia: le primitive localizzazioni della sclerosi cioè sono a livello del tratto ottico. Si ha allora la sindrome di una nevrite assiale: questa può all'inizio non aver alcun sintoma oftalmoscopico od accompagnarsi con una papillite: in seguito è frequente osservare un aspetto atrofico localizzato od esteso della papilla. Il disturbo visuale essenziale è uno scotoma centrale relativo con alterazione precoce del senso cromatico.

MONTELEONE.

TERAPIA.

L'essenza di trementina in terapia.

È innegabile che l'essenza di trementina ha un'azione modificatrice delle secrezioni ghiandolari, specialmente nel senso della diminuzione della secrezione mucosa esagerata del sistema polmonare e di quello uro-genitale. Essa, non essendo modificata dal sangue e venendo eliminata da tutti gli emuntorii, esercita un'azione antisettica che la rende utile nella bronchite cronica, in quella fetida, nella gangrena polmonare. Nella tubercolosi il suo uso non è consigliabile perchè dà talora emottisi e non vien ben tollerata dallo stomaco; Brèmond avrebbe però ottenuto dei buoni risultati con bagni di vapore di trementina.

Come osserva Nicol (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1926, n. 3) la cistite cronica, il catarro vescicale e la blenorragia sono state spesso favorevolmente influenzate dall'uso di trementina, che però attualmente è stata abbandonata per altri rimedi più efficaci. In qualche caso essa può essere usata come antielmintico (contro la tenia) quando gli altri rimedi si sono mostrati inattivi. Nelle coliche epatiche era stata consigliata un tempo come dissolvente dei calcoli, ma ora il suo uso è abbandonato.

L'azione rubefacente può essere utilizzata nelle nevralgie e nel reumatismo cronico per applicazioni sulla cute.

Da qualche anno essa è ritornata di moda per la provocazione dei così detti ascessi di fissazione in svariate malattie infettive, fra cui specialmente la encefalite epidemica, in cui Netter avrebbe ottenuto una diminuzione di mortalità dal 30 al 10%. Il metodo però va rigorosamente sorvegliato dal medico; l'iniezione va praticata sotto la cute con tutte le cautele di asepsi e con queste va svuotato l'ascesso. Non si ricorrerà mai a questa cura nel caso di individui con diminuita resistenza organica. Essa è stata applicata anche nelle polmoniti, setticemie, meningiti cerebro-spinali, febbri puerperali, tifoide.

fil.

Le sindromi parkinsoniane trattate con lo stramonio.

Accanto alla ioscina e suoi derivati, usata nelle forme parchinsoniane, Laignel-Lavastine e Valence (*Bull. et Mém. Société Médic des Hôp.*, n. 20, 1926) hanno sperimentato con buoni risultati in tali malati la *Datura stramonium.*

A tale scopo si sono serviti della polvere di foglie di stramonio in pillole di 0.10 grammi, somministrandone 3 il primo giorno, ed aumentandone una al giorno fino a raggiungere il numero di 10, cioè gr. 1 di prodotto attivo: dopo aver dato per 3 giorni tale dose, sospendono per sette giorni il medicamento, per riprenderlo da capo dopo tale termine.

In taluni infermi s'è dovuto modificare questa somministrazione in rapporto alla sensibilità ed ai disturbi che la droga aveva prodotto.

La *Datura stramonium* dà facilmente fenomeni d'intossicazione, consistenti in difetto d'accomodazione con una midriasi, che scompare 2-3 giorni dopo la soppressione del medicinale; secchezza della bocca con diminuzione della scialorrea: questi sono i sintomi più frequenti che accusano gli infermi. Talora si può anche avere una diarrea tossica, la quale utilmente si oppone alla costipazione parchinsoniana abituale.

Con questo medicamento gli infermi hanno notato un rapido miglioramento soggettivo, a cui si aggiunge presto la sparizione o almeno la diminuzione dei disturbi obbiettivi: cessa il tremore degli arti; è permessa l'andatura in fretta, e talora gli infermi possono scrivere correttamente.

Tutti questi miglioramenti però cessano rapidamente col sospendere della cura, per cui è buona regola continuarla a lungo, con brevi periodi di intervalli.

Gli AA. hanno anche avuto degli insuccessi, specie nei parchinsoniani arteriosclerotici, e in quei soggetti in cui tale solanacea ha prodotto rapidi fenomeni tossici; ma i buoni effetti ottenuti durante un anno, autorizzano questo trattamento palliativo, tanto utile per gli stessi ammalati. CARUSI.

L'adrenalina è pericolosa nella anestesia regionale e locale?

L'adrenalina fu applicata per la prima volta dal Moure nel 1901 nella pratica otorinolaringoiatrica. Di poi Braun estese il suo uso all'anestesia regionale e locale di ogni specie e fece note le ragioni per le quali debba preferirsi la soluzione cocaina adrenalinica invece della sola cocaina. L'adrenalina in presenza della cocaina è dotata di un sinergismo anestesico, e che per la sua azione sopra le fibre nervose dei vasi sanguigni e linfatici, provoca una emostasi transitoria e fa ritardare l'assorbimento dell'alcaloide. L'esperienza ha dimostrato che la novocaina è più tossica quando le si aggiunge adrenalina anche in dosi minime.

Buonomo La Rossa e R. Riccio (*Paris médical*, 1925, 24 ottobre), studiando gli accidenti provocati dall'adrenalina nella pratica dell'anestesia chirurgica, hanno riunito 18 casi di *necrosi* limitata alla pelle ed ai tessuti sottocutanei. L'adrenalina anche in dosi minime produce nei tessuti muscolari lisci alterazioni tossiche delle fibrocellule.

Emorragie secondarie. Queste emorragie per anestesia novocainica adrenalinica, sono prodotte dall'adrenalina. Gli AA. hanno osservato 6 casi di ipertermia, con polso piccolo frequente, durante tre, quatro giorni dopo l'anestesia, per operazioni di ernie inguinali.

L'adrenalina è dunque un prodotto molto tossico per l'organismo: a meno che non se ne voglia eliminare l'uso, bisognerà essere ben attenti all'apparato cardiovascolare del p. ed alla funzione tiroidea; se si tratta di un iperteso o di un ipertiroideo, si scarterà l'adrenalina. In ogni caso è misura di buona prudenza esaminare la tolleranza del singolo p., ricorrendo, se si tratta di un ipertiroideo alla prova di Goetsch. Adoperando l'adrenalina per anestesia occorre aggiungerla all'alcaloide nel momento dell'uso, nella misura di 5-10 gocce per 100 cmc. di soluzione.

MONTELEONE.

L'uso terapeutico dell'ossigeno.

L'anossiemia è uno stato che si riscontra spesso nella patologia umana, come avviene nelle anemie, negli ostacoli di varia natura alla libera entrata dell'aria nelle vie respiratorie, e in special modo nella polmonite lobare.

Ordinariamente l'aria inspirata contiene il 21 : 100 di ossigeno; per avere virtù terapeutica bisogna che tale rapporto salga al 40 : 100 circa. Per ottenere ciò non serve di certo il comune metodo di somministrazione per mezzo di tubi connessi a bombole di gaz.

Si è perciò cercato di creare degli apparecchi speciali più adatti a tale scopo, e sin dal 1917 apparvero quello di Haldane e quello di Meltzer per l'insufflazione orale. Altri ne furono in seguito descritti dal Barach, Henderson e Barcroft, e furono usati con risultati vari.

Un sistema buono sembra essere rappresentato dal catetere nasale combinato con uno speciale apparecchio applicabile al naso. Ma il migliore di tutti si è dimostrato l'apparato a tenda, ideato da Barach e Biuger, che assicura un'atmosfera ricca di ossigeno, permettendo l'allontanamento del biossido di carbonio, dell'umidità e del calore. Elevando in tal modo a 40-60 : 100 il contenuto in ossigeno dell'aria respirata, si ottengono risultati sorprendenti nelle forme pneumoniche, con modificazione della cianosi, della dispnea e del polso, sì da rappresentare un ausilio terapeutico di valore indubbio (*Jour A. M. A.*, 8 maggio 1926). M. FABERI.

La somministrazione dell'aspirina.

L'aspirina provoca in alcuni pazienti dei dolori di stomaco dovuti all'azione irritante dell'acido acetil-salicilico. Per ovviare a tale inconveniente, si consiglia di somministrarla con della magnesia calcinata, con la formola seguente:

aspirina cg. 50
magnesia calcinata cg. 20.

Le polveri così preparate sarebbero di conservazione indefinita.

L'azione antiflogistica del tè di camomilla.

W. Arnold (*Münchn. med. Woch.*, n. 19, 1926) ha provato l'azione antiflogistica del tè di camomilla su individui a cui aveva provocato delle infiammazioni cutanee per mezzo di olio di senape, di raggi di alta montagna, di sostanze determinanti reazioni allergiche (tubercolina). In tutti i casi il tè di camomilla in forma di infuso, applicato localmente in forma di impacchi, attenuò notevolmente la violenza dell'infiammazione sperimentale. La stessa azione antiflogistica si rivelò anche in casi di esantemi tossici. L'azione antiflogistica dell'infuso di camomilla è legata agli olii eterei in esso contenuti.

POLLITZER.

SEMEIOTICA.

Che cosa possiamo attenderci dalla reazione di sedimentazione dei globuli rossi?

Stemmler (*Arch. f. kl. Ch.*, 137, 704) ha studiato la reazione sulla base di 2000 esami, praticati su 1000 pazienti con affezioni chirurgiche e ginecologiche, e su persone sane.

Nei sani la reazione mostrò differenze di comportamento notevolissime. Negli uomini è in genere più lenta che nelle donne.

Sui malati fu applicata in casi di processi suppurativi (ascessi, flemmoni, foruncoli, favi, appendiciti, annessiti), in carcinomi e sarcomi, in tubercolosi chirurgiche e in emorragie esterne ed interne, prima e dopo trasfusioni sanguigne e fleboclisi, e in seguito a somministrazione di albumine per via parenterale.

Le conclusioni dell'A. sono:

1) Si ha accelerazione nella sedimentazione dei globuli rossi in quelle malattie e in quegli stati che procedono con disfacimento albuminoideo e nei quali il corpo ha la possibilità di riassorbire i prodotti di disfacimento;

2) Il grado dell'accelerazione dipende dalla gravità e dalla durata di questo riassorbimento;

3) Come essenza della reazione si ammette un perturbamento nei rapporti di sospensione fra siero e componenti cellulari del sangue, causato dallo stimolo dei prodotti di disfacimento riassorbiti o da quello dell'anemia in seguito a emorragie. Questo perturbamento colpisce verosimilmente il siero più che i globuli rossi, ma su ciò sarà riferito in seguito;

4) La reazione di sedimentazione è un eccellente mezzo diagnostico fra infezione acuta suppurativa e non suppurativa, fra infiammazione acuta e cronica;

5) In questi casi ci dà ragguagli sul decorso della guarigione e talvolta anche sulla prognosi;

6) È tuttavia completamente inadatta a risolvere difficoltà di diagnosi differenziali.

B.

Qualche parola sulla reazione di Fähraeus nelle affezioni addominali acute.

Atroell (*Acta Chirurgica Scandinavica*, I, 1926), sulla guida di numerose osservazioni consimili, praticate in molti campi della medicina e della chirurgia, ha portato la sua attenzione sul comportamento della stabilità della sospensione sanguigna nelle affezioni acute dell'addome ed ha potuto notare, sulla scorta di otto casi, come la velocità di sedimentazione sia notevolmente aumentata in queste affezioni.

Oltre a questo, l'A. ha potuto convincersi come l'aumento della V. S. vada di pari passo con la gravità e l'estensione del processo flogistico addominale, e come questa ricerca sia più sensibile del reperto leucocitario.

Benchè l'esiguità dei casi, sui quali si fondano le conclusioni, sia tale da non ammettere grande sicurezza, pure è oltremodo utile richiamare l'attenzione degli studiosi su questa facile ed interessante ricerca per una sistematica applicazione, che può essere senza dubbio di notevole ausilio alla diagnosi sia nel campo delle affezioni acute dell'addome, sia per altre e più vaste ricerche.

C. FILIPPA.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Persistenza del foro di Botallo ai raggi X. — All'abb. n. 11613-1:

Al suo quesito rispondo che uno dei vizi congeniti più caratteristici all'esame radiologico sarebbe appunto quello del *ductus Botalli* aperto: i trattati radiologici danno come caratteristico del dotto di Botallo aperto lo slargamento dell'arco corrispondente alla polmonare che si rivela in esame dorsoventrale con una sporgenza caratteristica del 2° arco sinistro e all'esame in OAS con una sporgenza che occupa la cosidetta fenestra di Schwartz. Però le cose non sono così semplici e il problema che il radiologo non semplicista si deve porre va molto più in là: sta di fatto che il dotto di Botallo aperto è un vizio che raramente è isolato: su 400 casi di vizi congeniti Abbot solo 19 volte lo vide isolato, 106 volte combinato. D'altra parte la sporgenza dell'arco medio può essere data da moltissime cause di cui *una* è l'apertura del dotto di Botallo. Quindi in base alle sezioni di casi di vizi congeniti lo slargamento dell'arco medio non equivale come si credeva alla diagnosi di dotto aperto. Anzi Mozfeld su 40 casi di apertura del dotto di Botallo non trovò mai la sporgenza dell'arco medio. Tra le varie cause di slargamento dell'arco medio va ricordata la divisione ineguale del tronco comune; la stenosi della polmonare; il difetto del setto interventricolare; il difetto del setto ovale, la trasposizione dei vasi più l'apertura del setto interventricolare, ecc.

L'apertura del setto è spesso combinata con l'apertura del dotto: se ne conclude quindi che la diagnosi di apertura del dotto è tutt'altro che facile e che il radiologo deve tenere presenti anche lo stato del ventricolo sinistro e del ventricolo destro e che fatta la diagnosi di vizio congenito la qualità del vizio stesso è di diagnosi tutt'altro che semplice e che non può essere basata su un solo segno.

E. MILANI.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

LEGGI E DECRETI.

Contro l'alcoolismo.

Con legge 3 giugno 1926, n. 937 (pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 10 giugno 1926, n. 133) è convertito in legge il R. decreto-legge 7 ottobre 1923, n. 2208, che reca disposizioni intese a combattere l'alcoolismo.

Ordinamento del servizio sanitario aeronautico.

Con legge 13 giugno 1926, n. 1098 (pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* del 3 luglio 1926, n. 152) è stato convertito in legge il R. decreto 7 febbraio 1926, n. 211, che modifica l'art. 12 del R. decreto 8 ottobre 1925, n. 1879, concernente l'ordinamento del servizio sanitario aeronautico.

Ufficio del Radio.

Una circolare del Ministero dell'Interno in data 10 giugno 1926, n. 20400-71385 precisa i compiti del Laboratorio fisico presso i Laboratori scientifici della Sanità pubblica, od *Ufficio del Radio*, istituito con Decreto Ministeriale 1° novembre 1925, quale trasformazione dell'Ufficio per le sostanze radio-attive istituito con R. decreto 31 ottobre 1923 e passato dalle dipendenze del Ministero dell'Economia Nazionale a quelle del Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) in virtù del R. decreto-legge 16 luglio 1925.

Tutela della maternità e dell'infanzia.

Una circolare del Ministero dell'Interno in data 27 maggio 1926, n. 10089-F concerne l'applicazione della legge 10 dicembre 1925 sulla protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia.

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LII. — Casi di licenziamento illegittimo per inabilità fisica.

Qualora un regolamento organico degli impiegati e salariati preveda il trattamento che deve esser fatto in caso di infermità (congedo con stipendio intero e poi aspettativa) non può l'amministrazione rifiutarsi di applicare tale trattamento per una malattia guaribile e licenziare l'impiegato per inabilità fisica. Nè questo provvedimento può essere legittimato dalla considerazione che l'impiegato aveva già goduto di lunghi periodi di assenza dall'ufficio, poichè il trattamento sostanzialmente più generoso del passato non autorizza la inosservanza delle norme concernenti l'aspettativa, specialmente poi se non sia provato che le assenze precedenti furono determinate dalla stessa infermità e che non furono giustificate.

Il caso così risoluto dalla V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 29 gennaio 1926 n. 22, riguardava una controversia tra un impiegato e la Provincia di Roma la quale aveva negato il congedo per malattia guaribile, in considerazione di assenze e di altri congedi precedenti.

Un'altra e più importante questione è stata risoluta dalla stessa Sezione con decisione 26 febbraio 1926 n. 56, su ricorso del Comune di Genova contro Bastrieri. Era stata predisposta una visita medica collegiale al fine di accertare se le condizioni dell'impiegato giustificassero la concessione di un breve congedo. Visti i risultati della visita medica, il Comune deliberò senz'altro di collocare a riposo l'impiegato per inidoneità fisica. Questo provvedimento è stato dichiarato illegittimo per violazione del diritto di difesa, non potendo costituire base valida di giudizio, al fine del collocamento a riposo, il verbale di visita medica collegiale disposta ed eseguita per altre finalità.

Ha considerato la V Sezione: « Esistono principi di diritto rispondenti a naturali esigenze di giustizia, ma non sempre tradotti in norme positive; ciò però non toglie che debbano essere egualmente rispettati dalle pubbliche amministrazioni e che la inosservanza si risolva in causa di illegittimità dei provvedimenti. Fra questi principi trova posto quello del rispetto al diritto di difesa, che sarebbe violato quando l'amministrazione collocasse a riposo per inidoneità fisica un suo dipendente senza renderlo consapevole, prima della visita sanitaria, che essa era preordinata a tale scopo, poichè siffata omissione gli precluderebbe la via all'esercizio di questo suo diritto ». Osservava il Comune ricorrente che non solo non è utile ma è dannoso che l'impiegato sia previamente avvertito dello scopo della visita, dovendo essa procedere secondo criteri obbiettivi e indipendenti dai fini ai quali è preordinata. A questa obbiezione ha risposto il Consiglio di Stato che negli elementi che concorrono alla formazione del giudizio sanitario rientrano anche gli schiarimenti e le notizie che o spontaneamente o a richiesta fornisce l'interessato. Ricorda infine la decisione che la inconsapevolezza da parte dell'interessato dello scopo della visita sanitaria è stato altre volte considerato motivo di nullità del provvedimento di allontanamento definitivo dal servizio: nello stesso senso, infatti, è la decisione della IV Sezione 25 settembre 1925 n. 780.

La risoluzione è importante non soltanto per il caso specifico allora esaminato ma anche come indice dell'ampiezza del diritto di difesa che il Consiglio di Stato considera dover essere rispettato con rigore assoluto.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Progetto di legge per la Cassa Pensioni M. C.

Il Ministro per le Finanze ha presentato alla Presidenza della Camera il seguente disegno legge: « Riforma della Cassa di previdenza dei sanitari, per il miglioramento del trattamento di quiescenza e per lo aumento dal primo gennaio 1926 di tutte le pensioni dirette ed indirette già concesse ».

Al Collegio-Convitto di Perugia.

Il 19 luglio ebbe luogo a Perugia, nei locali della Sapienza, l'ultima riunione del Consiglio Amministrativo in carica. Il 22 luglio si tennero le elezioni per rinnovare il Consiglio stesso, anche allo scopo di comprendere nell'Amministrazione i rappresentanti delle nuove province. Precedette le elezioni un'adunanza preliminare.

Furono ascoltate con vivo interesse le relazioni del presidente sen. Luigi Simonetta e quelle dei revisori dei conti.

Le elezioni dettero i seguenti risultati:

Residenti in Perugia: dott. Petrini Pietro, veter., Persi Alfredo, farm., prof. Righetti Carlo, med.

Residenti fuori: dottori Ancona Guido, med., Bisanti Carlo, vet., Brunelli Umberto, med., Chiaria Costantino, farm., Montano Mauro, med., Percacini Gio. Battista, med., prof. Simonetta Luigi, med., dottori Torti Ettore, vet., Vacino Achille, med., Villa Enrico, med., Zanetti Carlo, med.

Il nuovo Consiglio si insedierà in ottobre per la destinazione delle assistenze pel nuovo anno scolastico e per la formazione del bilancio preventivo 1927.

Federazione Nazionale fra gli Istituti privati di cura.

Si è costituita in Roma una Federazione fra gli Istituti Privati di Cura, promossa dall'avv. Santo.

Alla riunione, che ebbe luogo il 7 giugno, presso la Confederazione Generale Fascista dell'Industria Italiana, in Roma, intervennero i rappresentanti delle principali Case di Salute d'Italia; in detta riunione venne nominato un Comitato provvisorio al quale si è dato l'incarico di predisporre il testo definitivo dello Statuto Federale, e di studiare i mezzi più adatti per il sollecito inquadramento nella Federazione, di tutti gli altri Istituti. Il Comitato provvisorio è risultato così formato: gr. uff. Rebucci, prof. Nicoletti, prof. Mendicini, prof. Spinelli, prof. Lobianco, prof. Ferrarini, dott. Silvano, avv. Santo ed avv. Mandolari.

Gli scopi che si propone la Federazione sono i seguenti:

1) Tutelare gl'interessi degli Istituti Federati, promuoverne ed agevolarne lo sviluppo ed il perfezionamento tecnico, nonchè il miglioramento economico.

2) Promuovere ogni iniziativa tendente a curare l'assistenza, la istruzione, l'educazione morale e nazionale dei soci, e dei loro dipendenti, sviluppando anche con appropriate istituzioni la preparazione tecnica di questi ultimi.

3) Promuovere rapporti cordiali fra le aziende federate ed il loro personale, studiando di prevenire ogni ragione di conflitto ed adoperandosi con ogni mezzo per la composizione delle vertenze che fossero per sorgere, ed assumendo tutte quelle funzioni di rappresentanza sindacale e di vigilanza che siano demandate in virtù di legge, di regolamenti e disposizioni dell'Autorità, alle Federazioni nazionali di datori di lavoro, al fine della stipulazione dei contratti collettivi di lavoro.

4) Raccogliere ed elaborare tutti i dati e le rilevazioni statistiche che possono occorrere per la migliore tutela degli interessi degli Enti federati.

5) Assistere le aziende federate in tutti i loro rapporti con le competenti autorità locali e centrali, nonchè con le industrie che hanno legami necessari e concomitanti con la loro funzione, stabilendo all'uopo anche opportuni collegamenti con le organizzazioni rappresentanti aziende affini.

Gli Istituti privati di cura aderiscono alla Federazione mediante iscrizione alla competente organizzazione territoriale della Confederazione Generale Fascista dell'Industria Italiana; qualora gli Istituti iscritti presso una organizzazione territoriale raggiungessero un congruo numero, potranno essere costituiti in sezione territoriale, previo accordo con l'organizzazione territoriale stessa.

A Napoli è stata costituita una Sezione territoriale. La riunione ebbe luogo nel salone della Unione Regionale Industriale Fascista, in via S. Brigida 51.

Si rinviò la elezione delle cariche della Sezione Napoletana, in attesa delle deliberazioni che saranno prese a Roma, nella prossima assemblea della Federazione Italiana, per l'approvazione dello Statuto. Fu delegato, su designazione unanime dei colleghi, il prof. Mameli Spinelli a rappresentare la Sezione di Napoli alla suddetta prossima assemblea di Roma.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BASSANO VENETO (*Vicenza*). — Ab. 20,000. Prorogato concorso primario medico a tutto 20 agosto 1926. L. 8000 e 6 trienni oltre caro viveri. Letti 200. Chiedere avviso.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore Gabinetti per esami microsc., batteriol., chim. clinica e istol. patolog. Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 31 ag.; L. 8000 e 4 quadrienni; per ambulat. L. 500; uff. san.

L. 200 (*sic*); c.-v; indenn. trasp. a seconda del mezzo.

BIELLA (*Novara*). *Ospedale degli Infermi.* — Assistente Sez. Medica; titoli ed eventualm. esami; termine 25 ag.; alloggio. Serv. entro 15 gg. Schiarim. dall'Amministraz.

BORMIDA (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 1200.

CAMPO ELBA (*Livorno*). — A tutto 31 ag., per 3 fraz.; L. 12000 e 3 sessenni. Chiarim. dalla segret. comun.; domanda all'Assemblea Consorziale Sanit. di Campo Elba.

CASTIGLIONE DEL GENOVESE (*Salerno*). — Scad. 20 ag.; vedi fasc. 31.

COSENZA. *Ospedale Civile.* — Concorso per titoli e per esami a tre posti di medico assistente pel biennio 1926. Scad. 31 ag. Stip. L. 1800 (*sic*) annue e percentuale sui compensi operativi.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile e Militare Umberto I.* — Assistente chirurgo-medico municipale per il serv. chirurg. a domicilio e promiscuo — prevalent. chirurgico — nell'Ospedale; L. 7000 oltre alloggio e vitto; tassa L. 50; età im. 35 a. Chiedere annunzio. Doc. a 3 mesi dal 20 lug. Scad. 30 gg. dal 20 lug.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto medico; esami e titoli; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; 4 a. di laurea. Non. e conferma biennali. Scad. ore 16 del 28 ag. Chiedere annunzio.

FIUME. — Aiuto all'ufficiale sanitario del Comune; stip. L. 13,700 aumentab. a L. 15,000 dopo 6 anni; L. 3700 serv. attivo; c.-v. — Quattro condotte; stip. L. 11,350 aumentab. a 15,000 dopo 18 anni; L. 3300 serv. att., aumentabili a 3700 dopo 9 anni; ambul. L. 2000; c.-v.; indenn. trasp. da L. 2000 a 5000, addizion. L. 5 oltre 1500 pov. con mass. di L. 1500; p. suppl. L. 700; riconosc. serv. anter. — Il regolamento e il capitolato possono ottenersi dall'Economo del Comune (previo invio di L. 2 pel 1° posto, di L. 4 per gli altri quattro), richiedendolo al Commissario prefettizio del Comune, cui vanno mandati i documenti. A tutto 21 settembre.

FORANO (*Roma*). — Scad. 31 ag.; L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadr. dec.; L. 1800 cavalc. per fraz. Gavigliano; L. 400 uff. san.; c.-v.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.10.

FROSINONE (*Roma*). — Scad. 31 ag.; 3° quartiere; L. 8500 e 5 quadr. dec.; addiz. L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000.

IMOLA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 ag. ore 17; med. prim. dirett. dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta; vedi fasc. 31.

IVREA (*Torino*). *Ospedale Civile.* — Med. assist.; età mass. 40 a.; tassa L. 50.10; scad. 31 ag.; stip. L. 3500 (*sic*). Ab. 11,500 c. Disponibilità 100 posti.

LUGNANO IN TEVERINA (*Perugia*). *Ospedale Civile.* — Medico chirurgo direttore. Vedi fasc. 32.

MIGNANEGO (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; indenn. trasp.; per uff. san. L. 500.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per Avigliano Umbro; proroga al 31 ag. Vedi fasc. 30.

NACLE S. MAURIZIO (*Venezia Giulia*). — Al 25 ag.; vedi fasc. 31.

NOCERA INFERIORE (*Salerno*). — Al 19 ag.; vedi fasc. 28.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000, 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; vedi fasc. 29.

PRADLEVES (*Cuneo*). — Consor. 4 com.; scad. 20 ag.; L. 10,000 oltre L. 1000 cav. e L. 250 uff. san. Capitolato servizio in corso di revisione.

ROCCA PRIORA (*Roma*). — Al 31 ag.; L. 10,500 e 5 quadr. dec., oltre L. 400 uff. san. e L. 100 trasp.; per gli abbienti e semi- L. 6000; c.-v.; età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 lug. Servizio entro 15 gg.

SAN MARINO. *Segreteria per gli Affari Interni.* — Al 31 ag. condotta di Serravalle; richiedesi nazionalità italiana; per antica norma statutaria sono esclusi i cittadini sammarinesi; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 5000 pei non indigenti; L. 2500 cav.; biennio di prova; giuramento di rito.

SENOSECCHIA (*Venezia Giulia*). — A tutto 31 ag.; vedi fasc. 29.

SINALUNGA (*Siena*). — Scad. 31 ag.; v. fasc. 31.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Sortino. Scad. 45 gg. dal 2 luglio. Vedi fasc. 29.

TARZO (*Treviso*). — A tutto il 20 ag. Per schiarim. rivolgersi alla segreteria.

TICENGO (*Cremona*). — Con Cimignano sul Naviglio; scad. 29 sett.; L. 11,500 fino a 1000 pov., indennità capitaria L. 2; mezzo trasp. L. 1500; uff. san. L. 500; c.-v.

TOLENTINO (*Macerata*). — Al 21 ag.; chirurgo condotto. Vedi fasc. 32.

TREVIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 22 sett. Vedi fasc. 32.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divis. Chirurgica III. Vedi fasc. 32. Scad. 30 ag.

VENTIMIGLIA (*Imperia*). — Scad. 20 ag.; terza zona (Latte); L. 7500, oltre L. 2000 trasp.; c.-v.

VERONA. *Scuola di Ostetricia.* — Direttore. Scad. 31 ag. Rivolgersi al Ministero della P. I.

VICENZA. *Ospizi Infanti Abbandonati.* — A tutto 31 ag., direttore sanit.; L. 10000 e 5 quadrienni dec. oltre c.-v. in L. 1750. Rivolgersi Direzione.

CONCORSI A PREMI.

Società Napoletana di Chirurgia.

La Società Napoletana di Chirurgia in occasione del primo anniversario della sua fondazione bandisce un concorso sul tema: « Le applicazioni chirurgiche dell'insulina ».

Possono concorrere tutti i laureati in medicina e chirurgia di nazionalità italiana.

Il premio è di L. 1000 ed è unico ed indivisibile. Esso sarà aggiudicato all'inizio dell'anno sociale 1927-28 da una Commissione di tre membri nominata dalla Società. Qualora esso non fosse assegnato, il concorso sarà bandito una seconda volta.

I lavori non dovranno superare le 24 pagine di stampa in ottavo, nelle quali dovranno essere comprese eventuali figure, tabelle e grafiche. I lavori dovranno essere inediti e nemmeno essere stati oggetto di comunicazioni in Accademie o Società. Il lavoro premiato diventerà proprietà della Società, che ne curerà la pubblicazione.

I lavori dattilografati ed in triplice copia, dovranno pervenire alla Segreteria della Società (Napoli (4), via Chiatamone, 27), in plico raccomandato ed essere contrassegnati da un motto, che sarà ripetuto col nome, cognome e domicilio dell'autore in busta chiusa.

Il concorso si chiuderà il 30 giugno 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Con decreto del Rettore della R. Università di Roma in data 18 giugno 1926 è stato assegnato il Premio di fondazione Ettore Marchiafava (di L. 7600) al prof. Carlo Verdozzi per il gruppo di ricerche: « Su i fattori dello sviluppo del corpo luteo-gravidico ».

La Commissione esaminatrice era formata dai proff. Sanarelli, Bignami, Dionisi, Zeri, Versari.

Il bando di concorso stabiliva che il premio fosse conferito al miglior lavoro di anatomia patologica e di patologia sperimentale pubblicato a stampa da medico italiano nel quinquennio precedente al termine assegnato per la presentazione delle domande. I concorrenti erano sei di varie università italiane. La Commissione esaminatrice ha così motivato all'unanimità la sua proposta di assegnazione: « per la priorità indiscussa delle ricerche, per la precisa condotta di esse su numerosi animali bene scelti, per l'applicazione di vari e appropriati metodi di indagine e per la lucida interpretazione dei risultati, la Commissione ha accordato ad esse tutto il credito possibile, riconoscendone il carattere di originalità ».

Il dott. comm. Guglielmo Crisafulli, ispettore generale medico presso la Direzione Generale della Sanità Pubblica, è nominato commendatore nell'Ordine Mauriziano.

Rallegramenti al solerte e integro funzionario, il quale ha esplicato una ammirevole attività nella vasta zona affidatagli comprendente la Sicilia, la Sardegna e le Calabrie, in specie nel promuovere e secondare la lotta antimalarica.

La Facoltà Medica dell'Università di Genova ha affidato al prof. Mario Barbara dell'Università di Bari l'incarico della metodologia clinica.

In seguito alle dimissioni del prof. Achille Sclavo, è nominato rettore dell'Università di Siena per il biennio 1925-26 e 1926-27 il prof. Gino Pollaci, ordinario di botanica.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il III Congresso Medico Sud-Americano.

Dall'8 al 18 luglio si è tenuto in Buenos Ayres il III Congresso Sud-Americano di Medicina, con le Sezioni di Clinica Medica, di Pediatria, di Dermatologia, di Tisiologia, di Radiologia. Vi hanno preso parte numerosi medici argentini e molti italiani e francesi. Non ci fermeremo sui singoli congressi malgrado la parte attiva esplicatavi dai nostri delegati italiani prof. Vittorio Ascoli e prof. Giulio Alessandrini.

Ci fermeremo invece a dare un sunto del Congresso della Malaria, al quale notevole contributo hanno portato i delegati italiani ed il prof. Gustavo Pittaluga dell'Università di Madrid, italiano di nascita e di coltura.

Il giorno 8 mattina, nel Salone degli Atti della Facoltà di Scienze Mediche, si affettuò una riunione preparatoria e il ricevimento dei delegati stranieri convenuti al Congresso dalle varie nazioni di Europa e d'America. Trovavasi a capo delle autorità mediche argentine il presidente del Congresso dott. Carlo Bonorino Udaondo, che aveva alla sua destra il decano della Facoltà di Medicina, dott. Cranwell, il prof. Pittaluga dell'Università di Madrid, il prof. Delbet di quella di Parigi e alla sua sinistra il prof. Araoz Alfaro, presidente del Dipartimento d'Igiene, i proff. Ascoli e Alessandrini dell'Università di Roma e altri membri delle delegazioni uruguayana, paraguaiana, boliviana e peruviana.

Il dott. Carlo Bonorino Udaondo, presidente del Comitato esecutivo, aprì la seduta preparatoria ringraziando tutti i congressisti ed in particolar modo i delegati stranieri, rivolgendo anche espressioni di riconoscenza al Governo Nazionale ed ai poteri pubblici per l'appoggio accordato al Congresso.

A lui seguirono il prof. Alessandrini dell'Università di Roma, il prof. Pittaluga dell'Università di Madrid, il Decano della Facoltà di Medicina del Paraguay, il dott. d'Amaral e il dott. Bon Orfila in nome della delegazione dell'Uruguay.

L'inaugurazione ufficiale del Congresso fu fatta nel pomeriggio con grande solennità nel Teatro Cervantes, alla presenza del Presidente della Repubblica. Parlò il Ministro della Pubblica Istruzione, dott. Savarna, in nome del Potere Esecutivo Nazionale, dando il benvenuto ai delegati stranieri e salutando tutti i membri del Congresso, facendo voti per i pratici risultati del Congresso.

In appresso prese la parola il Presidente del Congresso dott. Bonorino, a cui seguì il prof. Ascoli che a nome di tutti i delegati stranieri, pronunciò una sua misurata e brillante dissertazione salutando il Congresso e la Scienza Medica argentina.

La prima seduta del Congresso fu tenuta il giorno 10, sotto la direzione del prof. Bonorino e la presidenza onoraria del prof. Ascoli. La prima comunicazione fu quella del prof. Alessan-

drini, che parlò su « L'anofelismo senza malaria ». In essa l'O. espose i risultati degli studi fatti in Italia i quali tendono a dimostrare con dati epidemiologici e biologici che l'anofelismo senza malaria è conseguenza di uno stato di resistenza al parassitismo dell'ematozoo malarigeno che gli anofeli acquistano per le migliorate condizioni alimentari e respiratorie in seguito alla trasformazione dell'ambiente in cui essi vivono allo stato larvale. Queste trasformazioni sono conseguenza diretta del progresso dell'agricoltura e della scomparsa della palude.

Nel pomeriggio furono fatte altre comunicazioni tutte interessantissime nei vari campi del paludismo.

Nella seconda giornata parlarono molto applauditi il dott. Castex sull'« Aortite malarica » e il dott. Bonorino sui « Disturbi gastro-intestinali nei malarici », indi il prof. Pittaluga tenne una conferenza sulla « Abitazione umana nella epidemiologia della malaria ». Il concetto fondamentale dell'O. è che il focolaio di endemia malarica di ogni regione di malaria è rappresentato dal domicilio umano. Egli studia le circostanze nelle quali si determina l'addomesticazione degli anofeli e che egli chiama fattori di domesticità; essenzialmente il calore, la presenza di animali di sangue caldo, la maggiore facilità di alimento, tanto per le femmine come per i maschi degli anofeli, per questi ultimi dovuta alla prossimità di orti e resti organici in dipendenza della casa e finalmente la presenza di acque peridomestiche che agevolano la deposizione delle uova senza lunghi voli alle femmine fecondate. Da numerose osservazioni al riguardo l'O. trae le conclusioni di ordine profilattico che tendono ad accentrare nell'abitazione umana e nelle acque peridomestiche tutta la lotta antimalarica.

Nella stessa giornata il prof. Alessandrini, alla presenza di tutte le autorità mediche argentine e dei rappresentanti degli Enti pubblici italiani, illustrò l'organizzazione antimalarica in Italia, proiettando una meravigliosa film che la Direzione Generale di Sanità volle che fosse fatta e che l'opera instancabile e artistica del prof. Gosio seppe organizzare. Essa fu straordinariamente ammirata ed il prof. Alessandrini è stato invitato a ripetere la proiezione in alcune provincie della Repubblica e al ritorno del suo viaggio nelle Istituzioni Italiane dell'Argentina.

Il giorno 13 il prof. Ascoli tenne una conferenza sulla « China e i suoi alcaloidi », nella quale, dopo avere tracciato la storia della china, distinguendola in quattro periodi: clinico, botanico, chimico e biologico, e fatto noto il consumo mondiale di essa, suggerì di estendere nelle regioni equatoriali la coltura delle cinchone. Prospettò quindi il problema economico e sociale per cui ogni nazione, con una politica sua propria, deve procurarsi nel modo più facile, più sicuro e meno costoso una quantità di chinina sufficiente per tutti i suoi malarici.

Oltre a queste conferenze i delegati italiani hanno fatto altre comunicazioni di indole clinica, igienica e profilattica. A. POZZI.

NOTIZIE DIVERSE.

Congressi di medicina legale in Francia.

Il XII Congresso di Medicina Legale avrà luogo a Lione nel luglio 1927. Coinciderà con la inaugurazione del busto del prof. La Castagne, e sarà presieduto dal prof. Etienne Martin di Lione. I temi in discussione sono: 1) « Il furto patologico », rel. Raviart e Nayrac di Lilla; 2) « Gli infortuni causati dalle correnti elettriche ». rel. Naville di Ginevra; 3) « Le ferite da proiettili », rel. Piedelièvre di Parigi.

Il XIII Congresso di Medicina Legale si chiamerà *Congresso di Medicina Sociale e degli infortuni sul lavoro.* Avrà luogo a Parigi nell'ottobre 1928, presieduto dal prof. Brouardel. Fra le quistioni in discussione segnaliamo « Gli atti antisociali nel corso dell'encefalite letargica », relatore Fribourg-Blanc.

VII Congresso tedesco di Urologia.

Si adunerà a Vienna dal 30 settembre al 2 ottobre, nella Casa di Billroth. Argomenti principali in discussione: « L'anuria: patologia, farmacologia e terapia »; « Neoformazioni maligne della vescica ». Al Congresso sarà unita un'esposizione. Per informazioni rivolgersi alla segreteria: Frankgasse 8 (Billrothhaus), Wien IX (Austria).

Ente Nazionale per la organizzazione scientifica del lavoro in Italia.

Il 12 aprile si è riunito per la prima volta il Consiglio direttivo dell'Ente Nazionale per la organizzazione scientifica del lavoro presso la Camera di Commercio di Milano, sotto la presidenza dell'ing. Francesco Mauro.

Fu proposta la istituzione di corsi speciali presso scuole superiori, tecniche e scuole professionali, oltre alla pubblicazione di un bollettino che dia conto agli industriali di quanto viene continuamente fatto all'Estero ed in Italia in materia. Fu nominato segretario generale del nuovo Ente l'on. Olivetti, e presidente onorario il Ministro della Economia Nazionale. Fu anche stabilito di formare in seno al Consiglio direttivo un comitato di poche persone per concretare il piano di azione ed iniziarne lo svolgimento.

In questo Comitato mancano rappresentanti degli studiosi di fisiologia del lavoro.

Ospedale Italiano di La Plata.

Una recente relazione della « Società Italiana di Beneficenza » dimostra lo sviluppo poderoso assunto dall'Ospedale Umberto I di La Plata, dal 1903 ad oggi. Nell'ultimo esercizio amministrativo si sono iniziate e compiute importanti opere: si è introdotto il servizio di calefazione radiale nei diversi corpi di fabbrica, si è provveduto alla sala da raggi X, al laboratorio microbiologico, all'ampliamento delle sale operatorie e dei consultorii, si è costruito un dipartimento speciale pel personale stabile dello stabilimento.

(Dalla « Semana Médica », 1 lug. 1926).

Un Istituto per la cura dell'adenoidismo a Roma

Il Governatorato di Roma il quale sta attuando un vasto programma di provvidenze per migliorare le condizioni fisiche dell'infanzia e per combattere la tubercolosi, ha deciso la creazione di un apposito Istituto per la cura dell'adenoidismo.

Il nuovo Istituto comprenderà una sala operatoria, una sala di degenza ed avrà un apposito reparto per la cura post-operatoria, che consiste nelle inalazioni collettive ed individuali. La terapia inalatoria collettiva si praticherà in un'ampia sala ove potranno trovar posto circa 50 bambini per volta che con apposita ginnastica medica inaleranno le nebbie secche delle acque salso-bromo-jodiche di Salsomaggiore se avranno bisogno di eccitatori del ricambio oppure le nebbie di soluzioni calciche, appositamente preparate, se bisognosi di rimineralizzare i loro organismi. In altra sala sarà impiantata una batteria di inalatori individuali, che permetterà di praticare caso per caso inalazioni di speciali sostanze.

Scuola-Convitto infermiere presso l'Ospedale britannico di Roma.

Sono aperte le iscrizioni pel prossimo anno scolastico nella Scuola Convitto Infermiere annessa all'Ospedale Britannico di Roma, in via Santo Stefano Rotondo 6.

Questa Scuola, fondata nel 1908, ha diplomato finora 138 infermiere provenienti da tutte le parti del regno.

Non si ammettono alunne esterne.

La Scuola conferisce taluni posti a retta ridotta a signorine di specchiata moralità, appartenenti a famiglie di ufficiali morti o feriti in guerra, od orfane del terremoto.

Per programmi ed informazioni rivolgersi alla direttrice della Scuola, in via Santo Stefano Rotondo, n. 6 - Roma.

Consultorio prematrimoniale a Milano.

Il Comitato Milanese della Croce Rossa Italiana ha deciso d'istituire un Consultorio igienico per aspiranti al matrimonio, a somiglianza di un altro che già funziona a Vienna.

Un'ampia relazione è stata estesa al riguardo dal prof. Alfieri.

La pasteurizzazione del latte obbligatoria a Verona.

Il Consiglio comunale di Verona ha stabilito che tutto il latte destinato al pubblico consumo debba, prima di porlo in vendita, essere sottoposto alla pasteurizzazione.

La divisa dei fornai a Roma.

Il Governatorato di Roma ha disposto che gli operai addetti alla confezione del pane e della pasta sono obbligati ad indossare durante il lavoro un camice di tessuto bianco lungo sino al ginocchio ed a tenere il capo coperto da un berretto anche esso di tessuto bianco. Tanto il camice, quanto il berretto, dovranno essere in stato di perfetta pulizia. Gli esercenti dei forni sono tenuti responsabili della osservanza di questa disposizione.

Contro il pericolo dell'idrofobia.

Il prefetto di Roma ha emanato un'ordinanza in data 26 luglio 1926 allo scopo di provvedere ad una più efficace profilassi dell'idrofobia nella provincia.

L'Accademia Medica Aesina.

Si è adunata nell'Ospedale Civile di Jesi il 21 giugno sotto la presidenza del prof. Giorgio Giorgi, e il 21 luglio sotto la presidenza del prof. Edgardo Cardinali. Alla prima di queste adunanze furono fatte comunicazioni dai soci Maurizi, Angelelli, Medi, Coppari, Ovitabile e alla seconda dai soci Giorgi, Rapisarda, Ovitabile, Coppari.

Record di un datore di sangue.

Il facchino Raimondo Brien di Parigi in poco più di un anno e mezzo ha offerto 87 volte il suo sangue per trasfusioni: fra tutto 22 litri. Egli detiene probabilmente un *record*.

La Scienza medica è stata colpita da un'altra dolorosa perdita. il 2 giugno u. s. moriva a Londra sir WILLIAM LEISHMAN, tenente generale medico, direttore del Servizio sanitario dell'Esercito britannico, insigne cultore di medicina tropicale. Era nato nel 1865 a Glasgow, e nel 1887, cioè a soli ventuno anni, era ufficiale medico dell'Armata Inglese.

Fu in quell'epoca mandato nelle Indie dove tra i primi compì utili e ben note ricerche scientifiche nel campo delle malattie tropicali.

Nel 1900 fu assistente alla cattedra di Patologia nella Scuola di Medicina Militare: durante questo tempo egli fece l'importante scoperta dell'agente etiologico del kala-azar indiano, che egli isolò dalla polpa splenica di un soldato proveniente dalle Indie che era morto di febbre dum-dum.

Il parassita del kala-azar, che era stato alcuni anni prima intraveduto ma non bene identificato dal nostro Pianese, fu dal Leishman compiutamente studiato e classificato come un probabile stadio di vita del tripanosoma; in seguito il Rogers di Calcutta riuscì a coltivarlo classificandolo un flagellato. Esso fu da Donovan isolato anche dal sangue di un ammalato per cui al parassita fu dato il nome di *Leishmania donovani* in seguito riconosciuto causa di altre affezioni: Kala Azar infantile (Pianese), bottone d' Oriente (Wright), Leishmaniosi delle mucose (Splendore), per cui al gruppo di tali malattie fu appunto dato il nome di leishmaniosi.

Il Leishman fece delle lunghe importanti investigazioni sulle febbri ricorrenti, studiando con grande diligenza le varie fasi di vita dello spirochete, dimostrando la sua trasmissione ereditaria sulle zecche, e la fase di agglutinazione di esso.

Nel 1912 al Congresso Internazionale di medicina militare in Londra illustrò i suoi lavori sul vaccino antitifico che egli da dieci anni aveva studiato con Wright, applicandone su vasta scala gli esperimenti sia nella guerra del Sud Africa che nelle Indie, e dimostrandone il potere protettivo.

Allo scoppio della guerra del 1914 sir William Leishman ebbe di fronte il problema di proteggere le prime divisioni che si erano recate in Francia. Non c'era tempo sufficiente per fare le due tradizionali iniezioni a tutte le truppe e il Quartiere Generale, temendo che gli uomini fossero incapaci di arrivare in efficienza perfetta nella zona di operazione, si oppose alla profilassi antitifica. Leishman convinse i Generali che i loro timori non erano fondati e superò la difficoltà delle due iniezioni vacciniche, inoculando una sola dose di mille milioni alle truppe. In seguito fu da lui proposto il vaccino polivalente contro il tifo e i paratifi che diede risultati brillantissimi.

Fece parte della Commissione per lo studio della febbre gialla nel West Africa e dell'Ufficio medico coloniale per l'Africa tropicale. Durante la guerra fu membro della Commissione Sanitaria Interalleata, e ispettore sanitario delle truppe americane in Francia.

Nel 1918 fu a capo dell'ufficio per lo studio delle malattie tropicali e dei problemi di patologia inerenti alle varie zone della guerra.

Nel culto per questo grande scomparso resta un'altra benemerenza; fu cioè un uomo di gran cuore, nobile, generoso, modesto.

Alla Sua memoria il *Policlinico* manda un reverente saluto.

R. RIBOLLA.

Indice alfabetico per materie.

Roma - Stab. Tipo-Lit. Armani di M. Courrier. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 23 Agosto 1926 Fasc. 34

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

SANAT. POP. «UMBERTO I» IN PRASOMASO (SONDRIO)
Direttore: Dott. M. BERTOLINI.

Pleurite tubercolare e immunità istogena.

Dott. ROBERTO MORO e Dott. GIANNI PIRANI, assist.

La tubercolosi è la causa più comune della pleurite sotto tutte le sue forme anatomiche; sierofibrinosa, emorragica, purulenta. (I. Strauss).

La cosidetta pleurite a frigore che per tanto tempo fu considerata come un tipo d'affezione infiammatoria franca trovò però anche per il passato molti AA. che affermarono per essa la natura tubercolare; così Benutz-Leudet-Landouzy senza negare in modo assoluto la pleurite a frigore, la ritennero come assolutamente eccezionale.

Landouzy pensa che l'elemento etiologico vero, la causa determinante sia la tubercolosi. Kelsch e Váillard in un loro importante studio su 16 casi di pleurite insorta in individui precedentemente sani e vigorosi, poterono in modo indubbio stabilire per essi la natura tubercolare.

La natura tubercolare di molte pleuriti può passare inosservata per la difficoltà di poter mettere in evidenza con i comuni mezzi coloranti, il bacillo di Koch, dato la scarsità di esso nel liquido di essudato, ma le inoculazioni in cavia del liquido stesso danno quasi sempre risultato positivo.

Anche Eichorst, per citare solo uno degli innumerevoli autori, nella sua Clinica di Zurigo afferma di avere provocato lo scoppio della tubercolosi in cavia con inoculazione di liquido pleurico nel 50 % delle volte su 243 casi di pleurite sierosa. Le statistiche degli AA. quantunque non concordino in modo assoluto, ammettono in massima che almeno il 70 % delle pleuriti siano tubercolari.

Riconosciuta dunque per la grande maggioranza dei casi, la natura tubercolare della pleurite, la nostra attenzione è stata richiamata su alcuni fatti che ci sembrano degni di nota.

Essi corrispondono ai punti interrogativi che qui sotto formuliamo e che costituiscono lo scopo del presente lavoro:

1) Data la frequenza della pleurite tubercolare,

perchè essa si manifesta quasi sempre nella forma fibrinosa, (pleurite secca) quando è concomitante una tbc. polmonare conclamata e invece assume la forma sierosa o siero-fibrinosa (pleurite umida) quando il reperto polmonare è ancora silente per manifestazioni tubercolari?

2) Perchè dopo una pleurite estesa o a decorso grave le condizioni generali di un individuo ammalato di tbc. polmonare tendono, almeno per un discreto periodo di tempo, a migliorare?

3) Perchè nel pneumotorace terapeutico la pleurite sierosa è la complicanza quasi normale mentre qui la tbc. del polmone è sicuramente ad uno stadio avanzato?

Questi tre gruppi di domande che forse possono sembrare slegati tra di loro noi pensiamo possano invece trovare un addentellato. Noi li abbiamo considerati così staccati, unicamente per metterli in maggior rilievo e tracciare così lo scheletro del lavoro. Ma l'idea informatrice che dovrà servire alla risposta dei quesiti è unica e servirà a proiettarli sotto un unico punto di vista.

La pleurite umida ci si presenta quasi costantemente con i caratteri e con la gravità di un processo infiammatorio acuto primario. Essa colpisce principalmente i soggetti che non hanno degli antecedenti tubercolari notori.

È precisamente questo fatto, che ha reso difficile per tanto tempo l'attribuire con certezza alla pleurite sierosa, la natura tubercolare. Essa è essenzialmente una malattia dei soggetti sani, dice Bezançon, e si osserva come eccezionale rarità nei comparti specializzati di tubercolosi.

Che l'infezione della pleura sia avvenuta per continuità da un piccolo focolaio tubercolare misconosciuto del polmone, o per via linfatica da qualche ganglio, o in altro modo; che insomma dal punto di vista patogenetico essa sia secondaria, sta bene, ma il focolaio primario da cui ha avuto origine non assume importanza clinica; quello che interssa allo scopo della malattia è proprio solamente il processo infiammatorio pleuritico che può qualche rara volta diventare tanto grave da minacciare la vita del malato.

In simili condizioni è logico ammettere che la pleurite si consideri sia pure solo dal punto di vista clinico, una malattia primaria.

Prima e durante lo sviluppo del processo morboso, il rilievo semeiologico del polmone non mette quasi mai in evidenza lesioni tubercolari. Così pure, all'infuori del versamento, l'esame radiologico nulla rivela a carico dei polmoni che si presentano, quasi costantemente, perfettamente integri.

Bezançon in un suo recente lavoro dice che all'esame radiologico, su 51 pleuritici, immuni da ogni precedente personale di tbc.; 36 presentavano polmoni perfettamente sani e degli altri 15 nei quali si notava qualche anormalità non si trattava che di una lieve accentuazione delle ombre bronchiali o di qualche opacità apicale.

Collaterali ricerche di laboratorio dallo stesso Bezançon eseguite, confermano l'asserto che in presenza di pleurite sierosa, le condizioni del polmone sono sempre soddisfacenti.

Egli infatti dice: « Dopo numerosi anni dacchè ricerchiamo sistematicamente nel sangue dei nostri pleuritici la deviazione del complemento rispetto agli antigeni tubercolari, siamo stati colpiti dal fatto che la loro assenza è di regola in periodo prossimo all'inizio della malattia. Ora sembra ben dimostrato ormai che questa reazione, per poter essere messa in evidenza, richiede lesioni tubercolari relativamente profonde ed antiche. Nei pleuritici appare soltanto tardivamente, durante ed anche alla fine dell'evoluzione pleurica. Al contrario, appunto in tali ammalati, abbiamo osservato le più forti e più precoci reazioni tubercoliniche; ora simili violente reazioni non si vedono se non nell'adenopatia tracheo-bronchiale o nelle scrofole dell'infanzia; esse fanno perciò sembrare la pleurite, parente piuttosto delle manifestazioni esteriori della tubercolosi, che non delle profonde distruzioni del parenchima polmonare ».

Che cosa riscontriamo invece tutti i giorni in un ammalato di tubercolosi polmonare? La frequentissima presenza di pleurite secca; talchè essa è si può dire, non una complicanza ma uno dei fatti morbosi che accompagnano di norma, in qualche momento, lo svolgersi del processo polmonare.

Non solo, ma mentre sono frequenti le pleuriti secche succedentesi anche a non lunghi intervalli di tempo nello stesso individuo, è difficile che qualche cosa di analogo avvenga per la pleurite umida.

La differenza sostanziale dunque del comportamento della pleura nei due diversi momenti (di quando cioè la tubercolosi polmonare non esiste come malattia e di quando invece è conclamata) risiede nella diversa manifestazione anatomopatologica della reazione infiammatoria.

Nel primo caso si ha una vascolarizzazione congestiva della pleura, l'eruzione alla sua superficie di una moltitudine di fini granulazioni e un essudato costituito da liquido sieroso mescolato a tenuissime false mambrane rossastre. L'epitelio pavimentoso si desquama e lo strato sottostante di tessuto connettivo s'infiltra di cellule embrionarie e di numerosi linfociti. Spesso il tessuto polmonare viciniore è congestionato, in-

filtrato di fibrina e di leucociti. L'essudato può raggiungere i mille e i duemila cmc.

Nella forma secca invece non si forma l'essudato, l'epitelio pavimentoso si intorbida e gli elementi cellulari si rigonfiano, ma il processo infiammatorio tende a ripararsi assai più prontamente.

A questo punto prima di procedere oltre ci sembra opportuno richiamare alcuni fatti di ordine analogo: la tbc. del peritoneo è sempre una localizzazione grave dell'infezione specifica; il peritoneo è invaso da tubercoli grigi lungo gran parte della sua estensione e specialmente lungo il decorso delle vie linfatiche.

L'essudazione della sierosa è la regola e l'essudato può alcune volte raggiungere la quantità di qualche litro.

Ma in questi casi in che condizioni si trova l'intestino? Ben raramente noi siamo in grado di constatare in esso delle lesioni tubercolari. La tubercolosi del peritoneo è una malattia dell'infanzia e altre localizzazioni tubercolari sono ben difficilmente riscontrabili.

D'altra parte quando siamo in presenza di una tbc. dell'intestino il peritoneo è sempre coinvolto, ma le reazioni peritonitiche assumono il carattere della peritonite fibrosa.

È frequentissimo trovare le peritoniti localizzate, plastiche, specialmente in corrispondenza ai tratti lesi dell'intestino, alle ulceri tubercolari dove si formano aderenze, briglie, placche che circoscrivono il processo peritonitico tubercolare.

Le essudazioni abbondanti generalizzate mancano quasi sempre. La tubercolosi intestinale è una malattia dell'adulto e sempre secondaria ad altri focolai tubercolari. E così nelle polisierositi (processi infiammatori che sono di certa natura tubercolare. Cfr. Cardarelli) quasi mai è possibile riscontrare la tbc. degli organi dalla sierosa ammalata, rivestiti.

Questi fatti da noi brevemente ricordati non hanno certamente valore assoluto. Pleuriti umide si hanno in corso di tubercolosi polmonare come pleuriti secche insorgono prima che si renda evidente un fatto polmonare, nella stessa guisa che i reciproci rapporti di reattività infiammatoria tra intestino e peritoneo non si comportano sempre nel modo sopraccennato.

Resta sempre vero però, per la grandissima maggioranza dei casi, l'osservazione generale sopra detta.

Ed ora passiamo a cercare di dare ai fenomeni sopra enunciati una spiegazione che ci servirà per rispondere anche alle altre due domande proposteci all'inizio del lavoro così da dare a tutto il complesso una sola unità di veduta.

*
* *

A tale scopo è d'uopo ricordare i seguenti fatti:

1) La clinica della tubercolosi ci dimostra come lo stato di reattività dell'individuo varii quando esso abbia subito una prima infezione. Così mentre come è noto la tubercolosi nei primi anni di vita decorre abitualmente come forma generalizzata ed ha sempre un andamento grave e frequentemente mortale, nell'adulto essa assume la forma cronica a lento decorso con spiccata tendenza alla localizzazione; e questo diverso comportamento noi sappiamo essere dovuto, come chiaramente confermano le reazioni alla tubercolina che negative nei primissimi anni di vita si fanno positive nella grandissima maggioranza degli individui adulti, a pregresse piccole infezioni che hanno conferito all'organismo una maggiore resistenza alle successive infezioni.

2) La legge di Marfan da lui enunciata sin dal 1886 non è se non la conferma clinica di quello che più tardi si doveva provare sperimentalmente; essa dice che l'uomo presenta una notevole refrattarietà all'insorgere di forme gravi di tubercolosi se ha sofferto di scrofola durante l'infanzia.

3) Così è noto come sui luposi o in portatori di focolai tubercolari extrapolmonari, se si ammala di tubercolosi il polmone, il processo tubercolare ha quasi sempre un andamento a lungo decorso con tendenza alla fibrosi diffusa.

4) E particolarmente è nozione sicuramente acquisita, che un vecchio pleuritico non contrae quasi mai in seguito una tubercolosi miliare acuta: esso può divenire un tisico e accade di frequente che lo diventi se si espone a contagi ripetuti e massivi, ma la malattia prende in lui una di quelle forme torpide compatibili col lavoro e con le apparenze di buona salute durante lunghi anni (Calmette).

5) Fenomeno di Koch (1891). Liniezione sottocutanea di bacilli di Koch fatta su cavia sana, produce nel luogo d'inoculazione un'ulcera a tarda insorgenza, a decorso cronico, che accompagna l'animale sino alla morte. Se invece la stessa inoculazione viene fatta nel sottocutaneo di cavia già tubercolizzata, essa provoca una flogosi violenta, una rapida necrosi nel punto di inoculazione, colla eliminazione delle parti necrotiche e detersione dell'ulcera che procede rapidamente verso la guarigione. Tale reazione si ottiene anche con germi uccisi col calore.

6) Calmette e Guerin nelle loro esperienze condotte fino dal 1907 sui bovini mediante iniezioni endovenose di dosi sicuramente mortali di bacilli di Koch, per animali sani, poterono dimostrare che tali dosi iniettate in animali già tubercolotici

provocavano solo un breve periodo di malessere e di ipertermia, lasciandoli poi in condizioni apparentemente normali, donde concludevano che gli animali già tubercolotici sono assai più resistenti di quelli sani all'inoculazione con bacilli di Koch

7) Persino nella cavia, tanto sensibile, una prima infezione tubercolare, e tanto più quanto più essa è blanda (H. Selter) può creare un vero stato immunitario così da rendere l'animale resistente alla reinfezione con una dose sicuramente mortale per i controlli, di bacilli virulenti per qualunque via inoculati (Micheli).

8) Nel 1909 Römer dimostrava che nella cavia e nel montone la tbc. di reinfezione prendeva sempre un andamento cronico.

9) Negli animali vaccinati con bacilli di Koch di scarsa virulenza, si riscontra resistenza superiore alla norma alle inoculazioni di bacilli di Koch virulenti, perdurante fino a quando in essi si può mettere in evidenza ipersensibilità alla tubercolina. Questa ipersensibilità a sua volta dura finchè restano presenti nei tessuti i bacilli inoculati come vaccino; dopo la loro scomparsa, la sensibilità e la resistenza ritornano alla norma (Zironi). Tali fatti, unitamente ad altri condotti con uguale rigore di tecnica ormai noti da tempo e che noi tralasciamo di ricordare per brevità, sono l'espressione di uno stato immunitario che si stabilisce nell'organismo animale attraverso dosi successive e sufficientemente blande di bacilli.

Da che cosa sia provocato codesto stato immunitario, quale ne sia l'intimo meccanismo d'azione, costituisce quell'oscuro e quanto mai intricato campo dell'immunità tubercolare che tormenta da anni gli studiosi; pur tuttavia sebbene ancora variamente interpretato, oggi il fenomeno è, dalla maggioranza degli AA. moderni attribuito alla reazione istogena. Noi non intendiamo di riportare qui tutte le osservazioni e le teorie dei vari AA. su tale argomento, ma ci basterà di ricordare alcuni fenomeni che ne costituiscono per così dire i capi saldi dimostrativi:

1) L'immunità tubercolare non è trasportabile passivamente col sangue da uomo o animale infetto, all'individuo sano. (Lo stesso avviene per l'ipersensibilità).

2) La presenza di anticorpi umorali nel sangue di individui infetti, presenza non sempre costante, non è che la testimonianza di una reazione immunitaria che avviene in qualche punto dell'organismo, ma non è la reazione stessa (Besredka).

3) L'immunità è strettamente legata all'infezione e non dura che finchè dura l'infezione. (Lo stesso avviene per ipersensibilità).

4) L'ipersensibilità come l'immunità non sono trasmissibili dalla madre al feto.

Immunità e ipersensibilità sono dunque legate da uno stretto parallelismo. Ma esse più che reazioni coordinate allo stesso fenomeno, ma fondamentalmente indipendenti, si possono considerare espressioni diverse di uno stesso processo (Micheli). E poichè lo stato allergico è un fatto di natura eminentemente istogeno, (come le affermazioni sopracitate lo provano) l'avvicinarlo allo stato immunitario serve precisamente a illuminare la natura di quest'ultimo, il quale ha per base l'associazione di 2 fattori: una ipersensibilità verso il germe o i prodotti del suo ricambio, e una capacità di reazione maggiore che di norma (Zironi).

Lo stato di immunità verso un notevole gruppo di malattie infettive, è infatti caratterizzato dalla capacità dell'organismo immune di reagire più violentemente e più rapidamente che di norma, con fenomeni locali e generali, al contatto col microrganismo specifico o con certi suoi prodotti chimici del ricambio (Zironi).

Ma la capacità di dare codeste reazioni abnormemente intense, dipende esclusivamente da modificazioni dei tessuti tanto è vero che essa non è legata a caratteri umorali, non è trasportabile passivamente col sangue. Essa è invece legata a modificazioni dell'elemento cellulare, è cioè una proprietà istogena acquisita (Zironi).

Nella tubercolosi poi questo carattere istogeno della immunità si rende manifesto anche nel corso della prima infezione, nella quale, come dice Micheli, una buona parte della difesa è affidata allo speciale tipo di reazione infiammatoria cronica che si svolge all'intorno dei bacilli penetrati nei tessuti; alla proliferazione degli elementi fissi del tessuto connettivo vascolare e alla loro attività macrofagica; all'infiltrazione linfocitaria e alla proliferazione del connettivo, intorno dei focolai morbosi.

Ma dopo il superamento di una prima infezione gli elementi del tessuto connettivo-vascolare che limita i focolai morbosi clinicamente guariti ma non spenti così come gli elementi del tessuto connettivo della pelle, delle mucose e forse di tutto l'organismo, abituati allo stimolo dei prodotti di secrezione o di scissione del B. di Koch, ne sentono più sottilmente la presenza.

La reattività dei tessuti viene ad essere straordinariamente esaltata; ne fanno fede precisamente, il già ricordato fenomeno di Koch, e le reazioni tubercoliniche, e le molteplici indagini istologiche e batteriologiche compiute sulla maggiore prontezza e intensità delle reazioni macrofagiche e infiammatorie che si svolgono a livello delle reiniezioni (Römer-Rondoni, Selter, ecc.), e le stesse reazioni tubercoliniche (Micheli).

Ora noi dicevamo che la pleurite umida non è quasi mai concomitante a una tubercolosi conclamata del polmone mentre a questa corrisponde quasi di norma una pleurite secca.

Ebbene, non è forse questo un fenomeno ana-

logo a quello che si ottiene sperimentalmente e che Koch per il primo ho osservato?

L'essudazione fibrinosa della pleura, che rappresenta un processo più pronto e più rapido di reazione e di difesa all'infezione poichè anche la susseguente guarigione avviene più prontamente che nella forma umida con essudati sierosi sino a tre o quattro litri, non è forse l'espressione di un aumentato potere di difesa del tessuto pleurico a quella stessa guisa che la cute della cavia preventivamente tubercolizzata reagisce ad una seconda inoculazione dando esito rapidamente ad un processo di riparazione?

La pleura già di per sè terreno resistènte all'infezione tubercolare, per cui in esso l'infezione ha sempre un andamento benigno con esito in guarigione, aumenta i propri poteri di difesa quando nell'organismo vi sia un altro focolaio in atto di tubercolosi.

Nel caso particolare, la tubercolosi del polmone aiuta i poteri difensivi del tessuto pleurico.

E allora noi constatiamo, a livello del tessuto pleurico, un processo in atto di immunità istogena, processo che si confonde con quello infiammatorio e che di esso ha il caratetre e il fine, cioè la tendenza alla guarigione.

Giacchè noi dobbiamo intendere per immunità tubercolare, non quella comunemente intesa verso altre malattie per cui subita una prima infezione e da essa guarito l'organismo risulta più resistente verso la prima infezione, bensì uno stato speciale di aumentata resistenza verso la super-infezione chè, come già dicemmo, ed eperienze innumerevoli condotte sugli animali lo hanno chiaramente dimostrato, l'immunità, non dura che sino a quando permangono nell'organismo bacilli virulenti.

Dobbiamo pensare che lo stato di super-eccitabilità difensiva creatasi dall'infezione nelle cellule dei vari tessuti, costituisca per l'organismo un succedersi di equilibri immunitari che vengono a stabilirsi fra i tessuti dei vari organi successivamente colpiti, per cui il processo infettivo sorto, sviluppatosi in una di essi, ha creato un momento di eccitato potere difensivo in sè stesso e negli organi lontani. Forse questo concetto degli equilibri e squilibri immunitari potrebbe dare una spiegazione logica di quanto avviene nello stesso polmone ammalato, per cui a periodi evolutivi succedono ampie soste di riparazione. Codesto potere, che un tessuto in istato di difesa infiammatoria sembra avere, di eccitare cioè ad aumentata difesa cellule lontane di altri tessuti, elevando in altre parole il tasso di difesa dell'intero organismo, appare anche in altri campi all'infuori della tubercolosi.

Così i radiologi hanno visto che irradiando ad esempio, a scopo terapeutico, anche una piccola massa di tessuto ammalato, come si fà nelle tumefazioni da morbo di Hodking, si poteva rilevare un miglioramento nelle condizioni generali e di crasi sanguigna, dell'intero organismo malato. È dunque questa idea che come abbiamo visto trova largo suffragio nelle esperienze sugli animali, nelle osservazioni cliniche sull'uomo (legge di Marfan, comportamento della tubercolosi polmonare nei luposi, andamento della tubercolosi nei vecchi pleuritici, nelle reazioni biologiche alla tubercolina, nel reciproco comportamento del peritoneo verso l'intestino per cui è facile trovare ascite tubercolare con intestino sano e tubercolosi intestinale con semplice peritonite localizzata), questa idea cioè che un tessuto malato eccita i poteri difensivi dell'organismo in genere e di un tessuto già naturalmente più resistente all'infezione in grado ancor maggiore, che giustifica la nostra ipotesi esplicativa sul diverso comportamento della pleura in presenza di tubercolosi polmonare conclamata, o nella assenza di essa.

* * *

Col secondo quesito enunciato all'inizio del lavoro, noi ci domandavamo perchè dopo una pleurite essudativa le condizioni generali dell'ammalato subissero, sia pure per un periodo di tempo limitato, un miglioramento.

L'osservazione clinica che appunto alcune pleuriti apportino nel decorso di una tubercolosi polmonare un notevole miglioramento, è di antica data e basterebbero i nomi di Huchard e Sabourin che appunto le chiama « pleuriti benefiche » senza ricordare molti altri autori che si sono occupati dell'argomento, per dare all'osservazione stessa tutta l'importanza che essa merita.

A spiegazione del meccanismo d'azione di tali pleuriti, uno di noi ha recentemente pubblicato un lavoro riportando statistica personale e a quello rimandiamo per le più ampie spiegazioni.

Qui noi abbiamo voluto solamente richiamare il fatto perchè bene si ricollega logicamente a quanto sopra abbiamo esposto. Infatti senza entrare in troppi dettagli noi siamo d'avviso di poter collegare il fatto: pleurite benefica, con la serie dei fenomeni immunitari sui quali ci siamo più sopra intrattenuti.

Ad un esaltato potere di difesa sorto nelle cellule dei vari tessuti ammalati ed in particolare del polmone per opera dell'infezione pleurica in atto si deve attribuire lo stato di miglioramento generale nelle condizioni dell'organismo malato, non diversamente da quello che abbiamo visto succedere, con reazione diremo così locale, tra pleura e polmone quando le cellule di codesti due tessuti siano rispettivamente infettate in modo da avere subito diversa alterazione anatomica.

*
* *

Il terzo ed ultimo quesito diceva: come mai nel corso di un pneumo-torace terapeutico, quando cioè le condizioni del polmone ammalato sono sicuramente gravi, noi osserviamo tanto frequentemente la pleurite umida così da ritenerla complicanza normale nel decorso di una pneumo-torace, mentre sino ad ora avevamo notato che appunto la pleurite umida è rara quando sia concomitante una tubercolosi conclamata del polmone?

Ci è sembrato logico di proporci una simile domanda appunto perchè questa obbiezione sarebbe potuta nascere anche se si fosse considerato che il pneumo-torace altera completamente le condizioni della fisiopatologia polmonare.

Ma è appunto alla grande variazione apportata artificialmente nei rapporti anatomo-fisiologici della pleura e del polmone collassato, che noi ci dobbiamo rivolgere per spiegare in questo caso la forma umida della pleurite. Forma umida che appunto assume la pleurite non già perchè la pleura reagisca in modo molto diverso che se il polmone si trovasse in condizioni normali di espansione, ma perchè la comune essudazione fibrinosa che a polmone normalmente espanso darebbe luogo alla pleurite secca, trova nel fatto di essere il polmone collassato le condizioni precipue per un ulteriore sviluppo in abbondante essudazione sierosa.

Recentissime e molto importanti osservazioni praticate dal dott. Cova a mezzo della toracoscopia in ammalati pneumotoracizzati e da lui molto diligentemente descritte e illustrate in un pregevole lavoro di imminente pubblicazione (ed al quale con suo consenso attingiamo questa affermazione) hanno messo in evidenza questo fatto: che l'essudazione fibrinosa comincia assai frequentemente in un punto qualunque della pleura (e quasi sempre della pleura viscerale) e di là essa si propaga per continuità e seguendo le leggi della gravità, pr cui avviene press'a poco quello che si potrebbe vedere immaginando di lasciar cadere su una parete levigata delle gocciole di cera liquida. Il dott. Cova ha cioè potuto osservare direttamente al toracoscopio, la formazione di codeste colonnine sierofibrinose, rilevate sulla superficie pleurica e che stavano a dimostrare un processo pleuritico in atto con tutte le modalità del suo svilupparsi per continuità su segmenti successivi di superficie pleurica. Ora questo fatto ci autorizza a pensare appunto che la pleurite sierosa in pneumatorace non sia se non la comune pleurite fibrinosa di un ammalato di tubercolosi polmonare, la quale trova nelle condizioni di allontanamento delle due superfici pleuriche la condizione necessaria e sufficiente per diventare da pleurite localizzata, pleurite umida generalizzata.

Come anche dimostrano le osservazioni citate da Cova, moltissime di quelle forme che noi chiamiamo comunemente secche o fibrinose e che come tali almeno appaiono all'esame clinico, non sono solitamente che pleuriti siero-fibrinose, nelle quali l'essudazione sierosa è molto scarsa. Tale più o meno piccola quantità di liquido quando non sia concomitante una raccolta gazzosa, viene assorbita in loco man mano che si va formando, dalla parte ancor sana delle due facce pleuriche a contatto le quali raccogliendovi il liquido in sottile strato ne costituiscono una molto ampia superficie di assorbimento.

Allorchè invece esiste un pneumotorace, l'essudato sieroso non più trattenuto in loco, ma sollecitato dalla forza di gravità sgocciola e si raccoglie nella parte più declive del cavo.

Di più nel pneumotorace essendo i due foglietti pleurici allontanati e mancando quindi le condizioni di contatto sono favorite le condizioni di generalizzazione. Le goccioline di essudazione che scivolano sulla superficie pleurica, sottoposte come sono alla comune legge di gravità rappresentano il veicolo di seminagione dell'infezione su tutta la superficie pleurica loro accessibile.

I movimenti poi dell'ammalato, che si trasmettono ad una prima iniziale piccola raccolta sierosa, servono a continuare e a mantenere lo stato di infezione propagata e generalizzata.

Ma un altro fattore a nostro avviso molto importante e in accordo con l'ipotesi da noi emessa, interviene a spiegare la frequenza della pleurite sierosa in pneumotorace, in particolare quando essa sopravviene dopo parecchi mesi dall'inizio dell'intervento collassoterapico. Il pneumotorace cioè, ha migliorato le condizioni del polmone malato; alcune volte ha indotto in esso un vero e proprio aumento del connettivo interstiziale, ha favorito la fibrosi e l'incapsulamento dei focolai tubercolari; ha insomma guarito clinicamente le lesioni, ha messo in silenzio i fatti infiammatori. Ed ecco che allora la pleura, sicuramente infetta, reagisce come di norma, come quando il polmone non è ancora ammalato, e dà esito alla vasta, copiosa essudazione sierosa.

Si è in altre parole riprodotto il fatto di uno stato generale soddisfacente con lesioni polmonari minime o nulle, ed ecco che la pleurite si è ripresentata coi caratteri di violenza che aveva a polmone integro o quasi.

Tre fattori adunque concorrono a dare la pleurite umida nel pneumotorace:

1) la più facile disseminazione dell'infezione;

2) la diminuita superficie di assorbimento;

3) le migliorate condizioni del polmone compresso.

A suffragare poi l'ipotesi che le pleuriti umide in pneumotorace non siano che la trasformazione

meccanica, per così dire, di una comune pleurite fibrinosa, stanno i piccoli versamenti afebbrili che accade sovente di constatare 6-7 ore dopo la costituzione di un pneumotorace terapeutico.

Non è logico ammettere che in così breve lasso di tempo e senza reazione termica si sia potuto costituire un, sia pur modicissimo essudato sieroso, mentre è in questi casi assai facile rendersi conto del fenomeno pensando che quel poco liquido raccoltosi nel seno costo-diaframmatico non sia che il gocciolamento di una pleurite siero-fibrinosa preesistente, secondo il meccanismo da noi più sopra descritto.

Certamente anche le altre cause già state studiate da innumerevoli autori e cioè le punture per i rifornimenti gassosi, lo stato di irritazione apportato dal gas immesso, i raffreddamenti, le eventuali piccole infezioni portate nel cavo pleurico dall'ago che attraversa i tegumenti, sono da tenersi nel debito conto (quantunque più per spiegare l'idrotorace meccanico che la vera e propria pleurite) ma la ragione puramente meccanica da noi portata sulla guida delle belle osservazioni del dott. Cova e che spiega in un modo tanto logico la trasformazione per così dire di quelle che è una banale e tanto frequente essudazione fibrinosa nella abbondante raccolta sierosa così difficile a riassorbirsi spontaneamente e l'altra di natura immunologica e che si ricollega con l'ipotesi generale da noi ammessa, ci sembrano doversi tenere ben presenti nei rapporti da noi in questo lavoro studiati e intercedenti cioè tra stato di malattia del polmone e reazione pleurica. L'apparente contraddizione tra pleurite sierosa e condizioni del polmone collassato trovano nella nostra spiegazione, una interpretazione del tutto logica e soddisfacente.

Prasomaso, marzo 1926.

BIBLIOGRAFIA.

Non citiamo dettagliatamente la sconfinata letteratura sul tema tubercolosi-immunità-pleurite tubercolare. A conforto di alcuni nostri asserti ci limitiamo perciò a rimandare ai trattati e alle pubblicazioni seguenti:

BORDET. *Traité de l'immunité*. Masson, Paris, 1920.
BESREDKA. *Immunisation locale*. Masson, Paris, 1925.
CALMETTE. *L'infection bacillaire et la tuberculose, ecc.* Masson, Paris, 1920.
CENTANNI. *Trattato di immunologia*. Soc. Ed. libr. Milano, 1921.
CARRA I. *Partecipazione dell'immunità istogena alla immunità umorale*. Riforma medica, n. 39, 1923.
KLINKERT D. *Entzünd., Allergie, Immun, und Anaphylaxie*. Kl. W., n. 14, 1922.
MARTINOTTI. *Sulla presenza e sul valore degli anticorpi nella vacc. antitub.* Rivista critica di Cl. Med., n. 33, 1921.
MICHELI F. *L'ipersensibilità tubercolare nei suoi rapporti con l'anafilassi, coll'immunità e colla terapia specifica della tubercolosi*. Anafilassi, Ist. Sieroter. Milan., 1923. (*Qui è riportata anche, accuratamente, la più recente bibliografia su l'argomento e ad essa rimandiamo*).
PIETRA P. *Ricerche istologiche sulle cutireazioni e intradermoreazioni tuber. specif. e aspecifiche*. R. Acc. di Med. di Torino, 7 aprile 1922.
RONDONI P. *Sulla specif. delle reazioni alla tubercolosi*. Rif. medica, n. 38, 1921.
SELTER. *Tuberkulose Immunität, Tuberkulinempfindlichkeit, tuberkulöse Allergie*. M. M. Woch., n. 15, 1924.
ZIRONI. *Fenomeno paradosso e anafilassi nelle malattie infettive*. Bollett. Istituto Sierot. Milanese, aprile 1920.
ID. *Idiosincrasia e fenomeno paradosso*. Anafilassi, Istit. Sierot. Milanese, 1923.
ID. *Sulla natura della immunità*. Bollett. Istituto Sierot. Milanese, n. 4, 1924.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN ROMA (SALA MAGGIORANI).
Primario: Prof. A. CATTAROZZI.

Contributo alla conoscenza della sifilide pigmentaria.

Dott. MARIO FABERI, aiuto medico.

M. C., di anni 33; contadina, da Caserta. Gentilizio immune. Maritata. Il marito ha goduto sempre di buona salute, ma è restato lungamente in America, da dove è tornato da pochi mesi. Durante la sua permanenza colà gli sono state praticate delle iniezioni di preparati mercuriali, avendo presentato disturbi di cui la malata non sa dare notizie precise.

Ha avuto 5 gravidanze a termine ed una sesta terminata 10 mesi fa con aborto di giorni 40. Dei figli 2 sono morti in tenera età, uno per enterite e uno per affezione bronchiale. L'inferma assicura di aver goduto sempre di buona salute ed ha sempre lavorato molto. Fu mestruata la prima volta a 16 anni, e in seguito sempre regolarmente. Non ha mai abusato di vino. Dopo l'aborto, avvenuto come si è detto 10 mesi fa, non si è più intesa bene. Ha cominciato ad accusare malessere vago, e si è accorta che sul collo andavano comparendo delle macchie cutanee scure, che sono andate sempre più accentuandosi. In breve tempo le macchie hanno confluito, e si è raggiunta un'intensità di colore che, sino ad oggi, non si è più modificata. Ripetutamente interrogata, esclude che le macchie fossero precedute da altre eruzioni cutanee di qualsiasi natura.

Da circa 3 settimane si sente molto debole, ha dolori alle regioni lombari, cefalea notturna, e talora nausea e deliquio. L'appetito è scarso, l'alvo regolare. Mai febbre.

Per tali disturbi chiede ricovero all'ospedale, ove viene accolta li 7 febbraio 1926.

E. O. Stato generale di nutrizione scadente. Pannicolo adiposo scarso e masse muscolari piuttosto flaccide. Cute e mucose visibili pallide. Alla base del collo si notano due chiazze cutanee nastriformi, larghe circa 2 dita, di colorito bruno scuro non uniforme, per la presenza di qualche isolotto un poco più chiaro. Tali chiazze si dipartono dalla regione del giugulo, ove

confluiscono, e si estendono un poco obliquamente verso le regioni latero cervicali e verso la nuca. A sinistra la chiazza è un poco più ampia e più intensa. (Vedi figura). A sinistra si nota anche qualche altra piccola zona cutanea di colorito leggermente brunastro, a varia altezza.

Nelle regioni laterocervicali, ascellari e inguinali si palpano numerosi piccoli gangli mobili, duri, indolenti.

Polmoni: nulla di notevole alla percussione ed all'ascoltazione.

Cuore: nei limiti; 2° tono polmonare forte, a timbro metallico.

Addome e organi addominali sani.

Nulla a carico dei genitali esterni.

Esame delle urine: P. s. 1017. Reaz. acida. Assenza di elementi patologici.

Esame del sangue: G. R. 3,800,000; G. B. 4600; Hb. 57; V. G. 0.75.

Reazione di Wassermann sul siero di sangue: notevolisissimo ritardo dell'emolisi.

Pressione sanguigna (oscillometro): 120 Mx; 75 Mn.

Si pone diagnosi di: sifilide secondaria; sifiloderma pigmentario del collo, e si inizia subito il trattamento specifico a base di iniezioni endovenose di Neo I. C. I.

Terminata la serie completa del preparato, la malata accusa miglioramento notevole delle condizioni generali. Le forze e l'appetito sono tornati, e non si sono più manifestate nausee nè deliquii.

La pigmentazione cutanea del collo non si è però modificata in maniera apprezzabile, pur non essendosi ulteriormente estesa.

In tali condizioni la malata viene dimessa, con l'esortazione di proseguire la cura specifica iniziata.

Nessun dubbio può esistere che l'affezione della nostra malata non fosse di origine luetica.

Nelle anemie, nella tubercolosi, in certi stati nervosi, si possono osservare delle pigmentazioni cutanee di colorito bruno più o meno scuro, ma non raggiungono mai l'intensità e l'estensione dei sifilodermi, e vanno unite a tanti altri sintomi della malattia fondamentale, che nella nostra inferma facevano assolutamente difetto.

Nè si poteva pensare ad un morbo di Addison per il decorso del male, per l'integrità delle mucose e per l'assenza di una ipotensione spiccata.

Nella nostra malata invece sussistevano tutti i dati che suffragano la diagnosi. Infezione del marito, non confessata ma deducibile dalla cura mercuriale praticatagli; aborto recente, seguito subito dalla comparsa della sintomatologia generale e locale dell'infezione.

Nè può avere valore l'obiezione che la reazione di Wassermann fosse solo parzialmente positiva, quando si sa che tale reazione può anche riuscire negativa del tutto in una sifilide in atto, allorchè vien praticata durante una fase di anergia, in cui l'organismo non ha avuto forza nè tempo di produrre gli speciali aggregati lipo-proteici in quantità sufficiente a deviare il complemento. Ciò si verifica spesso durante l'evoluzione del sifiloma, in periodi di cachessia, ecc. (Martinotti).

Fu Hardy che per il primo nel 1854 descrisse il « sifiloderma maculoso pigmentario ».

La sua sede di elezione è il collo, probabilmente per la sua struttura anatomica speciale, e per l'essere più esposto alla luce e alle intemperie; ma può osservarsi anche sul torace, alle ascelle, alle coscie.

È più frequente nelle donne che negli uomini, e costituisce, nella sede preferita, il cosidetto: « Collare di Venere ».

Fournier ne distinse un « tipo reticolare », a maglie di colorito più scuro, racchiudenti zone più chiare, e un « tipo a lunule », con vaste zone di pigmentazione uniforme e piccole aree più chiare, come appunto presentava la nostra malata.

Lo sviluppo avviene nel periodo secondario, in genere dal 4° al 12° mese dell'infezione, e la pigmentazione persiste a lungo; uno, due, o più anni.

È ancora discusso se questa sia primitiva o secondaria ad altre eruzioni passate inavvertite. Il Fournier sostiene che si tratti di lesione pigmentaria sin dall'inizio. Brocq afferma di averla vista sviluppare tanto « d'emblée », senza eruzioni preliminari, quanto in maniera secondaria intorno a chiazze roseoliche. Ehrmann, Balzer, Hallopeau, Thibierge, Hullen, sostengono che il sifiloderma pigmentario non è che il prodotto di un'evoluzione speciale degli elementi eruttivi del periodo secondario: roseole o papule.

Comunque, non si possono escludere dei rap-

porti con il sistema nervoso centrale, e la configurazione speciale che assume al collo ricorda la distribuzione cutanea dei rizomeri e dei mielomeri. Per alcuni dei suoi caratteri si potrebbe sostenere anche un'origine trofoneurotica. L'Unna pone il sifiloderma pigmentario tra i sifilodermi dipendenti da una lesione dei nervi vasali, e li battezza col nome di « neurosifilodermi ».

Il valore diagnostico dei sifilodermi pigmentari è pertanto indiscutibile, in quanto permettono spesso di fare diagnosi di sifilide tardivamente, e di riconoscere delle sifilidi ignorate o dubbie.

La terapia specifica influenza pochissimo tale sifiloderma, e bisogna in genere attendere, come si è detto, parecchi mesi ed anni prima che scomparisca.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA - ROMA.
Direttore: Prof. T. FERRETTI.

Quando si deve operare l'appendicite?

L. URBANI, chirurgo aiuto.

In chirurgia il virtuosismo di tecnica assicura nella maggior parte dei casi il successo, ma non è tutto: occorre che il chirurgo sappia esattamente valutare se un intervento è necessario o no e quale è il momento per compierlo con un minimo di rischio. Questa esatta valutazione costituisce il così detto tatto chirurgico che può essere innato, ma che certamente è aumentato da una buona osservazione del malato e da una lunga esperienza.

In tema di appendicite il senso clinico del chirurgo è spesso messo a dura prova: quando si deve operare? In certi casi è lecito attendere oppure l'attesa è dannosa? In altri casi l'intervento può rischiare di essere mortale mentre la vis medicatrix naturae avrebbe salvato il malato?

Riguardo alla cura degli appendicitici ho interrogato alcuni chirurgi e ho trovato prevalenti due tesi estremiste: operatori ad oltranza a qualunque costo e in qualunque momento e seguaci assoluti del raffreddamento sistematico.

Dicono i primi: operiamo in qualunque momento e in qualunque stadio l'appendicite perchè non vogliamo peritoniti o altre complicazioni dannose. Dicono i secondi: operiamo sistematicamente le nostre appendiciti a freddo perchè non vogliamo morti e desideriamo un seguito operatorio semplice.

Cercherò di rispondere agli uni e agli altri poichè pochi mi sono sembrati gli eclettici.

In clinica non vi è nulla di assoluto specie riguardo all'appendicite malattia eminentemente proteiforme.

Dunque il clinico dovrebbe soltanto parlare di appendicitici, non attenersi ad alcuna regola fissa e praticare la chirurgia del caso per caso.

Per la cura dell'appendicite si può dare una sola regola assoluta: intervento precoce.

Questa idea fu sostenuta dagli americani, segnatamente da Reginal Fitz. Molti chirurgi sottoscrivono ormai questa opinione e se ne trovano contenti.

Il raffreddamento d'una appendicite costituisce una eventualità, senza dubbio felice, ma che sfugge alle nostre previsioni.

Hanno mai osservato i chirurgi, refrigeratori sistematici, quanti malati sono morti nelle sale di medicina, con la cura del ghiaccio, della dieta liquida, della posizione di Fowler, quanti sono morti per un intervento tardivo in piena peritonite e quanti laparoceli si devano imputare ad ascessi della fossa iliaca d'origine appendicolare? Una operazione precoce avrebbe certamente impedito tutte queste spiacevoli evenienze.

L'operazione nel periodo del dolore, a caldo, è meglio accettata dal malato e dai suoi parenti; tecnicamente è semplice, la parete può essere chiusa di 1ª in più dei 2/3 dei casi. La mortalità è quasi nulla.

Ma vi sono casi che non dobbiamo operare subito (e qui mi permetto di contradire i così detti arditi del coltello) perchè operando subito si rischia di causare una peritonite diffusa in chi aveva una peritonite plastica circoscritta.

Questa osservazione giudiziosa l'aveva fatta Richardson fin dal 1893.

Egli diceva testualmente che vi sono casi in cui il chirurgo giunge troppo tardi per l'intervento precoce e troppo presto per l'intervento tardivo.

Questi casi sono quelli in cui l'appendice non potrebbe facilmente essere tirata fuori mentre non esiste alcun ascesso la cui evacuazione potesse soddisfare il chirurgo e giustificare l'atto operativo.

Un atto operativo rischierebbe allora di rompere le aderenze protettrici e per l'effrazione di un focolaio infettivo circoscritto di contaminare il peritoneo libero.

È qui che la cura medica riprende i suoi diritti col ghiaccio, con la dieta liquida, col riposo a letto, nella posizione di Fowler.

Il chirurgo in questi casi interverrà più tardi, quando saranno trascorse almeno 4 settimane da che il malato è apirettico e che la formula ematologica sarà ritornata al normale.

Coloro che non si peritano di affondare il loro bistury in questi piastroni addominali per andare a scavare l'appendice fra le anse che la natura provvida aveva conglutinato con gli essudati fibrinosi difensivi, obiettano che alcuni malati non

possono attendere e aggiungono che non vogliono debilitare i loro pazienti con una dieta rigorosa. Io rispondo che è meglio perdere tempo che perdere la vita o acquistare sicuramente un laparocele, conseguenza del tamponamento sempre necessario nelle appendicectomie fatte in queste condizioni.

Il laparocele non è questione da trascurarsi: è causa non piccola di minorazione fisica e la sua cura necessita una certa virtuosità di tecnica e comporta un certo rischio operatorio.

Io credo che non esisterebbero chirurgi del piastrone addominale se si conoscesse di più la patologia generale: il chirurgo incide forse l'infiltrazione flemmonosa del sottocutaneo? Esso attende la fluidificazione dell'infiltrato flogistico o la sua regressione con la cura degli impacchi caldi. Or bene, il piastrone appendicolare che ha per base anatomo-patologica la conglutinazione delle anse per mezzo degli essudati fibrinosi è suscettibile delle stesse evoluzioni del flemmone del sottocutaneo: esso può regredire o evolvere verso l'ascesso.

Soltanto in quest'ultima evenienza sarà utile l'intervento secondo l'antica formula: *ubi pus ibi evacua.*

In clinica non ci può essere nulla di schematico, nulla di assoluto, tuttavia prospetterò alcune evenienze cliniche e la loro terapia.

Il chirurgo vede il malato nelle prime ore: la storia rapidamente raccolta parla di dolori addominali intensi prima insorti nei dintorni dell'ombelico e poi localizzati nella fossa iliaca destra: un esame obbiettivo sommario rivela dolore sul punto di M. B., il ventre è leggermente *ballonée*, la dinamica respiratoria sottombelicale specie a destra ridotta, il viso è acceso, il polso aumentato di frequenza, la lingua leggermente patinosa.

È la colica appendicolare nel suo semplicismo schematico. Il chirurgo propone subito l'operazione: essa è accettata. L'appendice iperemica, tesa, e, mi si passi l'espressione, eretta, viene incontro alla mano del chirurgo subito appena aperto il peritoneo che contiene un po' di sierosità torbida. La parete viene richiusa di prima e il malato rapidamente guarisce. Queste condizioni ideali si prolungano alle volte al di là della 36ª ora.

Non è raro di trovare sin dalle prime ore l'appendice con chiazze di necrosi color foglia morta e prossima a perforarsi: tali condizioni anatomopatologiche indotte dagli anaerobi non potranno che farci rallegrare con noi stessi della rapida determinazione presa.

L'operazione in questi casi — se tecnicamente corretta — è semplice e benigna e al più potrà lasciarsi un piccolo drenaggio nel sottocutaneo più facile ad infettarsi.

Appendicite all'inizio vuol dire operazione sistematica: è la pratica più giudiziosa e che vale a semplificare e a rendere sempre più fausta la prognosi dell'appendicite.

Tutti gli operatori — credo — che abbiano trovato, anche con una sintomatologia modesta e fin dalle prime ore, le più gravi alterazioni anatomo-patologiche dell'appendice.

Queste alterazioni per la rapidità con cui si producono fanno sì che il peritoneo non abbia tempo ad erigere le sue difese con gli essudati fibrinosi, con la conglutinazione delle anse, con la immobilità della parete addominale e queste appendiciti necrotiche sono l'origine di molte peritoniti acute diffuse ipersettiche.

I medici dovrebbero essere più allarmisti riguardo ai dolori addominali in genere e dovrebbero chiamare un po' più spesso il collega chirurgo!

Una seconda evenienza clinica è quella che passo a descrivere: il chirurgo viene chiamato 6 o 7 giorni dopo l'attacco iniziale generalmente constatato dal medico. L'esame obbiettivo dimostra che la fossa iliaca destra non è libera: essa è occupata da un piastrone ovalare dolente, il malato è febbrile, il polso frequente, la lingua saburrale. La dinamica respiratoria è ridotta nella regione sottombelicale specie a destra. Ma la palpazione negli altri quadranti dell'addome (palpazione delicata) non riesce dolorosa e permette di constatare che il peritoneo è libero.

Questa peritonite plastica è la difesa valida che il peritoneo ha eretto attorno ad una appendice flogosata, essa non vuole il coltello, ma come il flemmone del sottocutaneo vuole la cura medica e aspettante. Molti di questi piastroni sono suscettibili di regredire e di permettere a distanza di tempo l'operazione a freddo benigna, efficace e senza pericoli, alcuni evolvono verso l'ascesso e allora la malattia ridiventa di dominio chirurgico.

Per la raccolta dell'ascesso parla il dolore pulsativo, la febbre a grandi oscillazioni e rimettente con sudore, la leucocitosi.

Una terza evenienza è la seguente: il chirurgo è chiamato dal medico qualche giorno dopo l'inizio della colica appendicolare. I sintomi che si erano da principio emendati hanno ripreso maggior violenza. L'addome è tumido e dolente, in difesa, scomparsa la dinamica respiratoria addominale. Lo stato generale è grave: il viso affilato, il polso frequentissimo, le narici fuliginose e alitanti, la lingua asciutta. È il quadro della peritonite progressiva di Sonnemburg d'origine appendicolare.

Il chirurgo opererà sistematicamente, asciugherà e netterà il peritoneo, vi verserà l'etere, se è un credente, ma purtroppo questi sono i casi gravi e la mortalità è elevatissima.

Dunque il chirurgo per l'appendicite è chiamato per lo più in questi casi.

Colica appendicolare all'inizio, peritonite plastica periappendicolare, ascesso della fossa iliaca d'origine appendicolare, peritonite acuta progressiva d'origine appendicolare. Lascio di lato tutte le altre evenienze dovute ad appendiciti nelle varie posizioni (ascessi mesoceliaci, ascessi lombari, ascessi pelvici) e tutte le complicazioni a distanza (ascessi perirenali, ascessi subfrenici, ascessi epatici, pleuriti purulente).

In questa esposizione sono stato forzatamente schematico ma non mi stanco mai di dire che non si trova un appendicitico uguale all'altro e che la sintomatologia, riguardo alla gravità del singolo caso, è spesso fallace.

Circa la tecnica da impiegare io mi dichiaro seguace convinto del taglio di Mac Bourney anche per gli ascessi. Alcuni sostengono che questo taglio dà poco spazio e richiede incisioni del piccolo obliquo e del trasverso in alto e in basso. Io per conto mio non ho ricorso mai a questa incisione crociata e quando abbisognavo di spazio ho aperto col coltello la guaina del retto sulla linea dello sfibramento del piccolo obliquo e del trasverso e allora ho potuto mobilizzare all'interno il muscolo retto e ho goduto dei vantaggi d'una laparotomia trasversale estesa dalla spina iliaca anteriore superiore alla linea mediana. Con questo artificio ho potuto operare le appendiciti più difficili, pelviche e retrocecali.

Un vantaggio incontestabile del taglio di Mac Bourney mi sembra il fatto che conduce direttamente sul cieco mentre col taglio pararettale la prima ansa che si tira fuori è un'ansa del tenue. Nelle operazioni a caldo che consentono il minimo dei maneggi e la massima rapidità, il cadere subito sul cieco senza manipolare le altre anse è di grande utilità.

Io ho l'abitudine d'incidere il peritoneo subito all'interno del suo punto di riflessione sul cieco: con questo artificio, poichè sbarro subito con lunghette il resto della cavità addominale, io limito le mie manovre in un piccolo recesso peritoneale, cosa molto utile nelle operazioni a caldo specie quando l'appendice è gravemente alterata.

Inoltre il taglio di Mac Bourney è una incisione anatomica che non lede vasi e nervi ed è di facile ricostruzione. L'ernia post-laparotomica è l'eccezione e anche quando è necessario un piccolo drenaggio le fibre muscolari divaricate tendono a restringersi per loro conto.

Ma ora basta per la tecnica perchè ciascuno segue quella con cui si sente più sicuro e più famigliare.

Non pretendo di avere esaurito il problema della cura dell'appendicite: ho solo voluto esporre alcune idee e alcuni canoni fondamentali anche per dimostrare che in chirurgia non si può essere guidati da formule assiomatiche inderogabili, ma che la guida più sicura è il buon senso e un intelligente eclettismo.

COMMENTI.

Per Maurizio Bufalini.

Caro Morselli,

Ho letto con viva soddisfazione i tuoi *commenti* su Maurizio Bufalini, che, da quando stringemmo a Firenze l'amicizia, che immutata ci lega, imparammo a venerare sommo maestro, conducente in amara solitudine gli ultimi anni di sua vita.

Il giudizio erroneo del Silvagni è condiviso purtroppo dalla maggioranza dei medici in Italia, come ho deplorato anche nella recente di Lui Commemorazione cinquantenaria Cesenate; i quali, infatuati dallo sperimentalismo innovatore tedesco subiettivo, ripudiavano tutto il vasto patrimonio scientifico e clinico italiano secolare come vieta ed inutile cosa.

Era una corsa sfrenata per tutto ciò che sapeva di germanismo fino a preferirne il barbaro linguaggio, e a far dire da due Maestri dell'Ateneo Romano nel vedere la statua del Bufalini a Cesena, che era necessario scrivervi sotto cosa mai avesse Egli fatto per meritare tanto onore!

Non rievocherò gli eruditi colloqui che nella mia permanenza all'Istituto superiore Egli concedeva anche a me benevolmente, nè dirò dei giusti lamenti per la disconoscenza della opera sua riformatrice contro tutte le dottrine animiste degli stessi suoi colleghi o seguaci, perchè non erasi mostrato discopritore di fatti nuovi, nè poteva esserlo per avverse contingenze dopo il celebre suo *Saggio sulla Dottrina della Vita*, ricacciato nella condotta dalla Clinica medica bolognese ove già rifulgeva il suo intelletto.

Non ostante con il suo geniale intuito, inaugurando a 32 anni il suo insegnamento clinico in Santa Maria Nuova, seppe nella sua prolusione esporre l'erudito programma, elevatissimo sugli *uffici più essenziali del clinico* basandosi sul fondamento del *fatto morboso* contro tutte le teoriche, che ancora qua e là si imponevano.

A coloro, che non sono pochi, i quali irridono al merito grandissimo del Bufalini nella medicina moderna, dirò soltanto che confortino il tuo, come anche il mio modesto giudizio su di Lui, dagli scritti di due insigni clinici medici: Pietro Burresi « Maurizio Bufalini e la medicina contemporanea » e Augusto Murri « Maurizio Bufalini nel cinquantenario della sua morte ».

Ti stringe cordialmente la mano il tuo vecchio amico Prof. BARDUZZI.

Bagno S. Giuliano, 5 agosto 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

SANGUE.

L'analisi capillare del sangue.

(E. SLUITER. *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, anno LXIX, n. 23).

Quando si immerge in un liquido l'estremità di una striscia di carta da filtro, il liquido, con le sostanze in esso disciolte, sale sulla carta da filtro fino ad una certa altezza, che è varia secondo i diversi liquidi. La misurazione di questa altezza e l'osservazione della figura che si forma sulla carta da filtro costituisce la così detta « analisi capillare », scoperta da Schoenbein nel 1861 che trovò mediante essa un metodo di ricerca per le sostanze coloranti.

Tale metodo fu riscontrato molto sensibile tanto che si possono scoprire mediante esso delle sostanze coloranti nelle minime quantità di milligrammi 0.000.000.005. Esso venne poi anche applicato all'analisi di prodotti farmaceutici, specialmente per la medicina omeopatica.

L'A. ha tentato di applicare il metodo alle ricerche sul sangue. La tecnica ne è assai semplice. In un bicchiere del diametro di 4 cm. e dell'altezza di 6, si fa pendere una striscia di carta da filtro larga 2 cm. e lunga circa 20; essa deve arrivare sino al fondo. E' opportuno lavorare sempre nelle stesse condizioni, usando la stessa carta da filtro e facendo l'esperienza sempre alla temperatura di 20°. Anche l'umidità atmosferica esercita una piccola influenza; è quindi raccomandabile indicarne il grado, oppure lavorare sempre nel termostato a 20° con lo stesso grado di umidità. Si deve usare sempre la stessa quantità di liquido in modo che le strisce rimangano sospese sempre ad una stessa profondità che nelle esperienze dell'A. è stata di cm. 0.6, con una quantità totale di cmc. 6. Tuttavia le differenze di altezze a cui arriva il liquido per differenti profondità d'immersione non sono molto elevate; così pure hanno poca influenza la larghezza della striscia ed il tempo in cui si fa la lettura: l'accorciamento dell'altezza dopo che la striscia è disseccata, in confronto della lettura fatta subito è soltanto di 1/4.

L'A. nelle sue ricerche ha tenuto conto anche della tensione superficiale, la quale però non è quella che determina l'altezza di salita che è invece dipendente dall'adsorbimento. Difatti, con la tensione superficiale si misurano le tensioni delle superfici-limite: liquido-vapore, mentre l'adsorbimento dipende dalla tensione delle superfici-limite: solido-liquido. Le due grandezze quindi non si coprono.

Nella tensione superficiale si trovano differenze fra il plasma ed il siero (entrambi uniti con la soluzione di citrato), essendo essa più elevata per il primo. Tale fatto si spiega ammettendo che il fibrinogeno contrae un legame d'adsorbimento con sostanze che abbassano la tensione superficiale, fra le quali sono i lipoidi. Nella coagulazione le combinazioni di lipoidi-albumine precipitano separatamente; il lipoide scinde il suo legame, sicchè può poi esercitare la sua influenza di abbassare la tensione superficiale.

Per ciò che riguarda l'altezza di salita nell'analisi capillare, l'A. ha osservato quanto segue:

1) l'altezza non è uguale per tutte le specie animali, ma è costante negli animali della stessa specie;

2) l'altezza a cui sale il siero è più elevata che non quella del plasma; anche le emazie sospese nel siero salgono più in alto che quelle sospese nel plasma;

3) l'altezza di salita non decorre parallela con la velocità di sedimentazione delle emazie; così la diluizione del sangue con cloruro di sodio al 3 % aumenta l'altezza di salita, mentre fa diminuire la velocità di sedimentazione. La gelatina ed il glucosio danno aumento di altezza e maggiore velocità di sedimentazione;

4) l'altezza va raramente di pari passo con la viscosità e la tensione superficiale, misurata mediante il numero di gocce (a maggior numero di gocce corrisponde minore tensione superficiale).

Il sangue con aggiunta di sali dell'acido colico ed il sangue emolitico danno minore altezza, ed aumento del numero di gocce e di viscosità; invece l'aggiunta di glucosio, gelatina o cloruro di sodio danno altezza maggiore ed aumento del numero di gocce e della viscosità.

Anche la temperatura ha una certa influenza; se è bassa (sotto 10°) l'altezza è maggiore.

Si notano inoltre delle differenze nell'aspetto che il sangue assume sulla striscia di carta. Così con il sangue normale defibrinato si ottiene un colore rosso uniforme ed il margine superiore un po' dentellato, con il sangue al citrato, si osserva una divisione in zone di diversa intensità di colore: alla parte inferiore uniforme ne segue una più scura con punte acute che si spingono nella parte bassa; segue poi una zona talora più chiara in cui arrivano delle striscie scure dal margine superiore più scuro. Analogamente si comporta il sangue all'ossalato. Invece il sangue defibrinato, anche se vi si aggiunge il citrato non mostra la divisione in zone. Il sangue diluito ha un colore chiaro, variabile naturalmente secondo il grado di diluizione; l'aggiunta di diverse sostanze (cloruro di sodio al 3 %, glucosio al 10 %, gelatina, sali dell'acido colico) non dà deviazione dall'aspetto normale, sebbene talora il margine appaia un po' più dentellato.

L'esame microscopico fa vedere le emazie che scorrono lungo le fibre della carta, non diversamente da quanto si osserva nei capillari della rana. Quando non si tratta di sangue emolizzato si deve quindi ammettere che le emazie si sono arrampicate fino a dove la carta risulta colorata; più scuro è il colore, maggiore è la quantità di emazie che si è ammucchiata.

Tra i fattori che influiscono sull'altezza a cui giunge il sangue è anzitutto da menzionarsi l'adsorbimento il quale dipende a sua volta da altri fattori. Ne consegue che il fenomeno dell'analisi capillare in una sostanza come il sangue nella composizione del quale entrano colloidi, cristalloidi, liquidi e sostanze di rifiuto (che agiscono tutti sull'adsorbimento e sulla tensione superficiale) non potrà spiegarsi in modo univoco.

Vi sono peraltro fattori di cui l'influenza immediata sull'altezza di salita è evidente; fra essi prima di tutti il fibrinogeno. Si osserva di fatto che: 1) il sangue intero citratato sale meno in alto di quello pure citratato, ma defibrinato; 2) il plasma sale meno in alto che il siero; 3) le emazie lavate salgono meno in alto se sospese nel plasma anzichè nel siero.

Ma anche le altre albumine hanno influenza, poichè le emazie lavate e diluite con soluzione di Ringer fino al volume originale salgono più in alto che il sangue defibrinato. Le albumine hanno quindi un'influenza inibitrice sull'altezza di salita il che si accorda col fatto che i colloidi idrofili (a cui appartengono le albumine) abbassano la tensione superficiale.

Ma anche altre sostanze possono influire sul fenomeno. La maggior altezza di salita del sangue + gelatina e del sangue + glucosio si spiega ammettendo che entrambe tali sostanze aumentano l'agglutinazione; dopo mezz'ora (la durata dell'esperienza) solo una parte delle emazie è agglutinata, sicchè quelle rimanenti, tuttora libere, ostacolano meno l'innalzamento del liquido e possono quindi venir trascinate più in alto. Si può in tal modo spiegare che il sangue diluito con siero o con Ringer, oppure diverse diluizioni di emazie lavate salgano più in alto con l'aumento della diluizione che toglie di conseguenza un certo numero di emazie. Il siero e il plasma che non contengono affatto emazie salgono più in alto che il sangue da solo.

È anche possibile che la diversa grandezza delle emazie eserciti una qualche influenza; il sangue di pecora, che ha una minore velocità di sedimentazione che non quello di bovini e di cane, sale più in alto che questi; le emazie della pecora hanno, di fatto, il diametro di μ 4,27, mentre quelle di cane l'hanno di 6,8.

Si comprende anche che le emazie nelle soluzioni ipertoniche salgano più in alto in quanto che esse vi sono raggrinzite. La minore altezza di salita, con l'aggiunta di sali dell'acido colico e di bile può essere la conseguenza della diminuzione di tensione superficiale causata dalla presenza degli acidi biliari.

L'influenza della temperatura può in parte venire spiegata con la diminuzione della tensione superficiale che si verifica con l'aumento di temperatura e con il rispettivo aumento di tensione superficiale e di capacità d'adsorbimento che si ha con la diminuzione della temperatura. Oltre a questi due fattori, si deve tenere presente anche l'influenza che la carica elettrica delle diverse parti esercita sulla salita capillare.

Per i colloidi inorganici, il fenomeno si spiega ammettendo che, per mezzo della corrente di salita si esercita una forza elettromotrice per cui le pareti dei capillari (carta, vetro) vengono caricate negativamente. I colloidi caricati positivamente vengono in tal modo scaricati e coagulano, mentre quelli a carica negativa passano indisturbati. Il fatto poi di essere o non un elettrolita ha grande importanza per l'adsorbimento da parte della cellulosa; questo è praticamente nullo per il non elettrolita o solo si osserva in tracce se il corpo è superficialmente attivo. Invece il potere di adsorbimento è molto più grande per gli elettroliti. Vi sarebbe quindi un reciproco adsorbimento fra gli elettroliti della soluzione e le parti minerali della carta da filtro.

L'A. si ripromette di studiare se questo metodo dell'analisi capillare possa avere delle applicazioni cliniche.

FILIPPINI.

La vitalità delle emazie nella trasfusione diretta.

(H. WILDEGANS. *Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 139, f. I)

La trasfusione sanguigna è una acquisizione recente della terapia. Bergmann, ancora nel 1883 parlava di questa come di un tentativo fantastico. Oggi è diventata di uso corrente nella nostra pratica ed ha chiare indicazioni e grazie ad una tecnica perfezionata può essere eseguita senza alcun pericolo. L'A. ricorda come non esiste nessun mezzo che la possa sostituire. Così la soluzione fisiologica, il liquido di Ringer, ecc., abbandonano subito il sistema circolatorio e mancano alla principale funzione delle emazie, cioè il trasporto di ossigeno. Per questa ragione è da abbandonare il sistema di trasfondere sangue con l'aggiunta di sostanze che ne impediscano la coagulazione, bisogna invece trasfondere sangue puro direttamente. Ciò riesce facile usando l'apparecchio di Oehlecker o quello di Percy. Prima della trasfu-

sione è necessario di praticare le prove di gruppo per poter escludere l'agglutinazione e l'emolisi.

L'A. ha praticato delle ricerche per studiare la vitalità dei globuli rossi così trasfusi. Nell'uomo normale la vita di un globulo rosso è, secondo le ricerche moderne, di circa 70-90 giorni. In vitro, nel sangue citratato, i globuli rossi conservano la facoltà di assorbire l'O per 8 giorni; iniettati non provocano nessun disturbo fino al terzo giorno. Si può dedurre quindi che è possibile di iniettare sangue conservato per tre giorni e ancora capace di funzionare.

Per studiare la vitalità delle emazie nel sangue del ricevente si possono usare diversi metodi: ha iniettato così gl. r. di piccione (nucleati) nel coniglio dove si vedono circolare ancora dopo 48 ore; gl. r. colorati vitalmente e reiniettati nello stesso animale si vedono circolare per lo stesso tempo.

Nell'uomo la ricerca della vitalità dei globuli rossi si può eseguire con la misura dell'emoglobinemia. Questa inizia una settimana dopo la trasfusione e raggiunge il massimo dopo la seconda settimana. La quantità dell'emoglobinemia corrisponde solo a una percentuale del sangue introdotto. La distruzione dei globuli rossi trasfusi si accompagna ad una caduta del numero e del valore globulare.

Ha osservato che iniettando in un anemico il sangue di un policitemico si osservano i globuli rossi policitemici per 2 settimane.

La prova migliore che i globuli rossi trasfusi sono capaci di funzionare è data dall'aumento dell'assorbimento di ossigeno.

Dalle sue ricerche l'autore conclude che le emazie trasfuse si mantengono per parecchie settimane e che sono capaci di esercitare, anche nell'ospite la loro funzione in modo completo.

VALDONI.

Sulla questione della « agranulocitosi ».

(LICHT e HARTMANN. *Deutsche Med. Woch.*, 11 settembre 1925).

Sotto il nome di « agranulocitosi » Schulz e Friedemann descrissero due anni or sono uno speciale quadro morboso caratterizzato da febbre ad inizio repentino accompagnata da forte dolor di gola e da flogosi accentuata della mucosa orale e delle tonsille. Su queste e sulla mucosa palatina spesso si osserva la comparsa di un essudato grigio-giallastro, difteroide.

All'esame del sangue, mentre la quantità dell'emoglobina e dei gl. rossi è nei limiti normali, i gl. bianchi sono invece straordinariamente diminuiti; fino al disotto di 1000 per mmc.: di essi la grande maggioranza sono linfociti; mancano del tutto i granulociti.

Secondo Schulz e Friedemann la malattia colpirebbe soltanto il sesso femminile, per lo più nell'età media; il suo esito sarebbe costantemente letale. Circa l'etiologia essi nulla poterono stabilire: le emoculture ripetutamente praticate riuscirono alle volte negative, altre diedero sviluppo a forme cocciche o bacillari.

Il caso del genere illustrato dagli AA. riguardava una donna di 49 anni, la quale, cinque giorni prima del ricovero, si era ammalata con malessere e mal di gola seguiti da febbre preceduta da brivido. All'esame presentava i segni di una grave infiammazione della mucosa orale e delle fauci. Dall'esame del sangue risultava: emoglobina 80 %, glob. rossi 4,800,000, glob. bianchi 300 rappresentati esclusivamente da linfociti; assenza completa di cellule granulose sia nel sangue che nel midollo osseo. Nessun segno di diatesi emorragica. La p. peggiora e muore per debolezza cardiaca al 6° giorno di malattia.

Alla sezione si trova: tonsillite, laringite, faringite necrotica. Edema polmonare, degenerazione del miocardio, lien septicum, cystes renum. Istologicamente, incipiente degenerazione grassa del midollo rosso delle ossa ove si nota mancanza totale delle cellule granulose, mielociti e leucociti, mentre sono presenti e normali per quantità e forma gli eritrociti, gli eritroblasti e i megacariociti.

Circa le cause della malattia anche le ricerche intraprese dagli AA. non poterono portare ad alcun risultato definitivo. Possono essere colpiti non solo le donne, ma, sebbene raramente, anche i maschi: non mancano casi con esito in guarigione in soggetti tra i 20 e i 30 anni. Le emoculture praticate dagli AA. nel caso suddescritto diedero sviluppo a uno « streptococcus haemolyticus conglomeratus » e allo « staphylococcus albus » e « aureus ». Le iniezioni del sangue dell'i. e delle culture furono letali per conigli e topi; non venne però osservata alterazione alcuna nel numero delle cellule granulose.

Secondo l'opinione della maggior parte degli AA. è da ritenere che i batteri o le tossine penetrati forse attraverso le tonsille nel corpo siano capaci di svolgere un'azione elettiva dannosa nel midollo osseo sulle cellule madri degli elementi granulosi del sangue così da determinare in breve una completa scomparsa dal circolo delle cellule del sistema mieloide. In tal modo, una volta l'organismo privato del suo mezzo di difesa più importante, non sarebbe più in grado di lottare e arginare l'invasione batterica. Ne seguirebbe la sepsi, la fusione necrotica delle tonsille, della mucosa delle fauci e anche di altre parti del corpo. L'esito infausto sopraggiungerebbe qualora una remissione dei poteri tossici

non apportasse una ricostituzione del sistema delle cellule granulose e con ciò un ritorno dei poteri di difesa organici.

Quanto alla diagnosi differenziale occorre distinguere il quadro della agranulocitosi da quello della « aleukia emorragica ». Dal lato clinico mentre della prima sono propri un inizio per lo più acuto e un decorso rapido, nell'aleukia emorragica l'inizio è invece più graduale; gli ii. avvertono disturbi vaghi già da alcune settimane Di rado poi mancano segni di diatesi emorragica (emorragie gengivali, menorragie). Differenze sostanziali presenta inoltre il reperto ematico: nell'agranulocitosi esso dimostra isolatamente un'azione nociva sulle cellule granulose, nell'aleukia emorragica invece non tardano a comparire alterazioni anche a carico del sistema dei globuli rossi e dei megacariociti.

Con la « linfoadenosi aleucemica » la diagnosi differenziale si baserà sulla presenza nel sangue di alterazioni delle cellule linfatiche e, istologicamente, sulla presenza di proliferazioni linfocitarie nel midollo osseo, nel fegato, nella milza e nelle ghiandole linfatiche.

Potrà talvolta prendersi in considerazione la cosidetta « reazione linfatica di Türk ». Sotto tale denominazione va intesa verosimilmente una speciale reazione di difesa dell'organismo di origine costituzionale, per cui, in seguito alla presenza di agenti infettivi, si determina un versamento compensatorio in circolo di elementi linfocitari. Con l'attenuarsi della causa infettiva anche il quadro ematico torna al normale. Nella reazione linfatica di Türk però il numero complessivo dei leucociti non suole mai abbassarsi tanto quanto nell'agranulocitosi, inoltre lo stato generale è di norma assai meno alterato e l'esito favorevole.

M. AGOSTINI.

TUMORI.

Adenomi delle ghiandole sudoripare nelle cicatrici operatorie.

(NEUGEBAUER. *Bruns Beiträge z. Klin. Chir.*, Bd. 134, H. 3, 1925).

L'A. ne studia due casi. In un primo trattavasi di una donna operata di annessectomia e fissazione dell'utero, la quale era stata bene per 5 anni e poi aveva presentato una fistola nella parte inferiore della cicatrice operatoria. In un nuovo intervento venne asportata la cicatrice con la fistola ed un tessuto speciale giallo-scuro attaccato all'aponevrosi del retto, della grandezza di una noce, che all'esame istologico si mostrò costituito da tessuto di cicatrice con tubi ghiandolari a tipo sudoriparo.

Anche il secondo caso apparteneva ad una donna operata sugli annessi, guarita già da 4 anni, che presentava una fistola nella cicatrice operatoria e che venne asportata insieme con un tessuto circostante che all'esame istologico diede oltre la presenza di infiltrati quella di tubi ghiandolari costituiti da epitelio cilindrico o cubico e piccole formazioni cistiche. Il tessuto era ricco di fibre elastiche.

Formazioni adenomatose nelle cicatrici sono state descritte da ginecologi: 10 casi sono raccolti da Lanche ed altri 5 da Seelig e Dietrich ed in tutti 15 si trattava di donne operate sui genitali con fissazione dell'utero. Per lo più la pelle sopra il tumore rimane intatta.

Il tumore raggiunge la grandezza di una noce e in un caso di MacCarty aveva un diametro di 8 cm. Istologicamente si sono trovate in un tessuto di cicatrici delle piccole cisti con un contenuto scuro come catrame e con parete ad epitelio cilindrico, piccole emorragie, cellule con pigmento.

La somiglianza di queste formazioni ghiandolari con le ghiandole della mucosa uterina viene sostenuta da tutti gli AA. per l'attività funzionale di questi adenomi nel tempo mestruale, per l'ingrossamento ed il reperto di sangue nella cisti. Altri pensano a residui del cordone ombelicale. Secondo Sampion proverrebbero da frammenti epiteliali che trasportati nella tube da flussi mestruali, si fisserebbero poi alla parete.

Nei casi dell'A. si rinvengono tubi ghiandolari con epitelio cubico o cilindrico mentre gli adenomi delle ghiandole uterine hanno epitelio stratificato. Altre differenze sono date dalla presenza o meno di sangue nelle ghiandole, dal tessuto elastico. I due casi dell'A. originano dalle ghiandole sudoripare della pelle.

Nella letteratura si trovano scarse pubblicazioni sui tumori delle ghiandole sudoripare. König descrive delle affezioni simili a lupus nella faccia con formazione di piccoli nodi, a decorso lento e denominati da Stilling adenomi infiammatori. Friedrich ha studiato un caso di cistoadenoma sudoriparo cutaneo e Klauber ne ha raccolto 20 casi con queste caratteristiche: sono per lo più solitari, di grossezza varia da una capocchia di spillo ad una testa di feto potendo diversi tumori confluire insieme, si ulcerano facilmente ed allora il tumore prende l'aspetto di un ulcus rodens coi margini sottominati.

Si può avere la comparsa di cisti con formazione, per accrescimento papillare, di un cistoadenoma papillifero. Gli adenomi vengono distinti in siringo-adenomi, provenienti dal corpo della ghiandola e spiro-adenomi. Pick distingue l'idroadenoma tubulare proveniente dalle ghian-

dole sudoripare, l'adenoma idro-adenoideo a carattere di ghiandola sudoripara ma che lascia distinguere se proviene direttamente dalla pelle o da ghiandole sudoripare rudimentarie rimaste, e le forme combinate. Come sottogruppo dell'idro-adenoma si ha il siringo-adenoma tubulare e l'idro-adenoma tubulare papillifero intrasiringeale.

I due tumori descritti dall'A. si devono ascrivere fra gli idro-adenomi cistici tubulari; non sono congeniti, ma sono legati nella loro origine al trauma operatorio.

R. BRANCATI.

Trattamento degli epiteliomi del mascellare superiore con l'associazione chirurgia-curiterapia.

(VERGER. Gaston Doin, edit. Parigi 1925).

L'A. distingue un tipo di cancro con sviluppo anteriore, uno a sviluppo inferiore ed uno che invade le regioni vicine, fosse nasali, etmoide, occhio.

Gli epiteliomi sono i tumori più frequenti de' mascellare superiore (su 56 tumori trattati dall'Istituto del radio 14 erano sarcomi e 42 epiteliomi). Questi sono epiteliomi pavimentosi epidermoidi (epitelio pavimentoso stratificato), cilindromi, linfo-epiteliomi (cellule epiteliali con numerosi linfociti), adamantinomi.

Possono in genere provenire dalla mucosa del seno o gengivale, dalla mucosa buccale. In molti casi esiste una sinusite pregressa cronica. Questi tumori contrariamente a quanto si potrebbe credere sono molto sensibili alla radioterapia. Il trattamento operativo mentre dà buoni risultati nei sarcomi del seno, li dà cattivi per gli epiteliomi. Sebileau ne ha visti in 4 anni una trentina e di essi solo uno vive, che aveva un sarcoma ed in cui fece la resezione del mascellare superiore. Si può dire che i risultati operatori sono i peggiori, della chirurgia di tutti i tumori. König, Kuster e Martin hanno avuto una mortalità operatoria di circa il 30 % in generale per pneumonite da ingestione. Tutti gli operati di Kronlein hanno recidivato.

Con il trattamento radiologico su 7 trattati con aghi di radio 2 ebbero guarigione; su 4 con applicazioni radiologiche si è avuta una guarigione che malgrado l'enorme estensione del tumore dura da 3 anni.

Associando la curi- e la rontgenterapia non hanno avuto alcun successo. Su 5 operati e poi trattati con dosi medie di radio, si ebbe un guarito che morì dopo 4 anni senza recidiva per malattia cardiaca.

Uno degli inconvenienti gravi per l'uso radioterapico è quello della suppurazione mostrando gli elementi cancerosi una resistenza maggiore ed aumentando l'irradiazione la virulenza dei germi donde la possibilità di una osteo-radionecrosi, altro grave inconveniente con sfacelo di pelle, formazione di seni fistolosi e necrosi del mascellare di cui la più grave è quella della lamina cribrosa per la vicinanza alle meningi.

La necrosi sarebbe dovuta alle irradiazioni secondarie del calcio sul periostio e la mucosa. Questa necrosi ha un aspetto speciale di necrobiosi e l'osso si elimina con difficoltà per cui si impone la resezione preventiva dell'osso invaso dal neoplasma facendo seguire la curiterapia dei tessuti molli.

Così hanno due infermi guariti da 21 e da 14 mesi senza recidiva nei quali con una protesi hanno sopperito ai difetti della fonazione. Oppure è consigliabile di applicare focolai radioattivi separati a circa un centimetro l'uno dall'altro. Altri inconvenienti sono dati dalle nevralgie e dalla distruzione dell'occhio che sono in rapporto con le osteo-radio-necrosi.

La tecnica operatoria da seguire secondo Hautant e Monod è la seguente: disinfezione con iodio e glicerina (2:1), anestesia regionale con iniezione di novocaina al 4 % a livello del nervo mascellare superiore nella fossa pterigo-mascellare introducendo l'ago dietro il bordo posteriore della volta del palato duro o a livello del dente del giudizio.

Altri preferiscono la narcosi con la canula di Delbet.

L'incisione adoperata è quella medio-labiale e para-latero-nasale, cui segue la resezione del mascellare inferiore che differisce da quella di Farabeuf perchè conserva il bordo orbitario ed il pavimento avendo tutti i rinologi condannata la resezione tipica. Si asporta il cornetto medio e si fa lo scucchiaiamento dell'etmoide, del seno sfenoidale. La cavità ben detersa viene zaffata con garza imbevuta in olio gomenolato nella quale saranno fissati i tubi di radio. Quando si ha emorragia i tubi si mettono al 4°, 5° giorno. Non si può usare la garza iodoformica perchè l'iodoformio dà luogo ad irradiazioni secondarie. La dose ottima è di 20-25 millicurie in 4 giorni divisa in 11-12 tubi. Essi sono disposti sulla garza in modo da tappezzare uniformemente la cavità. Due tubi servono per la pelle. I fili dei tubi fuoriescono dalla narice.

Dopo circa 2-6 mesi si può fare una protesi. Così operando hanno ottenuto in 5 su 8 la guarigione che è di 4 anni nel più vecchio e di 22 mesi nel più recente.

Quando il tumore ha invaso le parti circonvi-

cine, alla resezione atipica si aggiunge quella dell'etmoide, del bordo orbitario inferiore e del pavimento dell'orbita e dell'apofisi zigomatica del temporale.

Facendo seguire il trattamento con radio in 8 malati di questo tipo, solo 3 non presentavano recidive, gli altri morirono per recidive nella fossa temporale, nel palato molle, nella pelle, nei gangli. Raramente l'exeresi è seguita da emorragia tale da richiedere la legatura della carotide esterna. Si può avere una emorragia secondaria della mascellare interna dopo 2-3 mesi che può dipendere dalla radio-necrosi o da recidiva. Non è consigliabile la legatura preventiva della carotide perchè secondo Yolly e Ferroux l'azione viene a diminuire quando manca l'afflusso sanguigno.

Per quanto riguarda la cavità orbitaria alcuni consigliano l'exanteratio, ma raramente il tumore recidiva nell'orbita ove invece è più frequente l'osteo-radio-necrosi.

Se il tumore non è molto esteso raramente si hanno metastasi. Nei casi molto estesi sono colpite le ghiandole linfatiche carotidee e dell'angolo della mascella. Sulle metastasi è preferibile l'applicazione dei raggi X ma la esperienza dell'A. non è su tale lato sufficiente da segnare una linea di condotta precisa. In qualche caso si può utilizzare il radio per la cavità residua dalla resezione ed i raggi per i gangli carotidei. Dalla letteratura francese è stato messo in rilievo il fatto che la radio-sensibilità va sempre diminuendo come se il neoplasma si vaccinasse, donde bisogna agire con intensità e rapidità. Lemaitre consiglia la seguente condotta: röntgenterapia preoperatoria del tumore, resezione del mascellare superiore e curiterapia immediata intrasinusale e a distanza di qualche giorno röntgenterapia profonda sulle regioni linfatiche.

Dalla letteratura tedesca ed austriaca si desume che questi tumori vengono generalmente trattati chirurgicamente. Nella Clinica di Hajek viene praticata l'exeresi accompagnata da legatura sistematica della carotide esterna ed ablazione dei gangli carotidei e sottomascellari facendo seguire una protesi ed infine una irradiazione di lunga durata con radio. Invece Keck consiglia il trattamento chirurgico e solo quando questo non basta pratica l'irradiazione con raggi X.

Anche in Inghilterra l'exeresi chirurgica resta il trattamento fondamentale. Vengono considerati inoperabili i sarcomi nati dalla base del cranio e invadenti il seno, quelli con invasione secondaria della fossa pterigo mascellare, i casi con segni di irritazione meningea, quelli con invasione dell'orbita, del seno cavernoso.

Johnson ha dei risultati soddisfacenti con la seguente tecnica: irradiazione esterna a 6 cm, dalla pelle con 9 mila millicurie oppure con raggi X, asportazione dei gangli carotidei e se questi sono sani deposizione di tubi di radio nella ferita, legatura della carotide esterna, linguale e facciale, asportazione del processo alveolare quando il tumore è in esso impiantato e riempimento della cavità con tubi di radio. Sono stati trattati così 24 casi con 4 guarigioni dopo 5 anni, 3 dopo 1, 3, 4 anni, 1 recidivato dopo 6 anni.

Dalle conclusioni si deduce che gli epiteliomi del mascellare inferiore sono inoperabili se non possono essere tolti come in un vaso chiuso; in genere sono tumori sensibili alle irradiazioni; la röntgen e la curiterapia sole non hanno dato risultati soddisfacenti. Nei casi limitati la chirurgia seguita dalla curiterapia dà nel 60 % risultati buoni. La curiterapia sembra superiore alla röntgenterapia.

Nei casi diffusi la larga resezione del mascellare, l'exanteratio, la legatura della carotide esterna, l'asportazione della pelle aderente saranno seguite dalla röntgenterapia che può abbracciare un campo d'azione più vasto.

R. BRANCATI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Prof. G. DE VINCENTIIS. *Manuale di Oculistica ad uso dei medici pratici e degli studenti.* Vol. in-8° di pagg. XVI-624, con 259 figure in nero ed a colori nel testo e una tabella e 7 tavole a colori fuori testo. Casa Ed. L. Pozzi, Roma. Prezzo: lire 68.

A questa magnifica pubblicazione, che viene ad arricchire la collezione dei Manuali Pozzi e che è all'altezza dei tempi, il prof. Angelucci ha apposto la seguente significativa presentazione:

« Il manuale di Oculistica che il prof. Giuseppe « de Vincentiis dà alla luce per i nitidi tipi della « Casa Editrice Pozzi presenta tutti i requisiti e « pregi necessarii ad un manuale di una branca « medica speciale. Destinato allo studente ed al « medico pratico, esso risulta veramente utile per « le molteplici e complesse qualità didattiche e « scientifiche di cui è fornito: chiarezza della for- « ma, giusto senso delle proporzioni, sagace cer- « nita di ciò che è indispensabile sapere per l'eru- « dizione scientifica, esatto rilievo di quanto con- « cerne la pratica del medico generico e dell'ocu- « lista, accorta scelta delle illustrazioni integrati- « ve del testo.

« Inquadrata la materia in uno schema razio- « nale, l'A., prima di trattare delle singole affe-

« zioni dell'apparato visivo, molto opportunamente « esamina, nella prima parte del libro, il mira- « bile fenomeno della visione nei suoi vari coeffi- « cienti, nella seconda, le norme generali di se- « meiotica e terapeutica oculare.

« Date così al lettore le necessarie basi d'in- « dole scientifica diagnostica e curativa, passa « nella terza e quarta parte del libro a tracciare « i vari quadri morbosi nella giusta estensione « relativamente alla loro importanza pratica, con- « forme ai fini dell'esercizio medico quotidiano. « La scelta degli indirizzi terapeutici, fatta con « sano criterio tra quelli che l'esperienza clinica « ha sino ad oggi dimostrati di più sicuro suc- « cesso, dispensa il lettore da una selezione cri- « tica tra le diverse norme contenute nella lette- « ratura per le varie malattie oculari, conferendo « così al libro il carattere di una guida agile e si- « cura nella cura di queste.

« Il libro, infine, riesce ancor più laudativo per- « chè nei punti principali non trascura di citare « i lavori e le conquiste scientifiche dei più emi- « nenti oculisti italiani.

« Questi rilievi e questi pregi mi portano alla « convinzione che l'A., figlio del mio illustre « amico e predecessore prof. Carlo de Vincentiis, « abbia nel presente manuale egregiamente assolti « i bisogni della Scuola e della pratica ».

Prof. ARNALDO ANGELUCCI.

G. LUSENA. *Trattato di Traumatologia clinica*. Torino, Utet, 1926. Un vol. in-8°.

L'Unione Tipografico-Editrice Torinese pubblica un lavoro del prof. Gustavo Lusena (di Genova), che merita la attenzione non solo degli studenti ma anche dei medici, perchè colma una deprecata lacuna esistente nella nostra biblioteca.

L'opera del Lusena è raccolta in un volume di 1150 pagine di nitida stampa, con intercalate 550 figure originali; e si presenta in veste tipografica assai propria e raccomandabile.

Essa prospetta le principali cognizioni che la clinica traumatologica è venuta raccogliendo dalla esperienza dei secoli: e, per essere ordinata ed efficace, parte da una rapida disamina dei capisaldi di patologia generale e speciale delle lesioni violente per costituirne fondamento alla trattazione clinica.

In questo poderoso volume non viene fatto nessuno sfoggio di erudizione; al punto che l'A. ha rinunciato persino alla bibliografia: mentre l'A. si è preoccupato di ricordare non solo le acquisizioni che ci vengono da oltr'Alpe, ma specialmente di non trascurare le osservazioni fatte dagli studiosi nostri, l'eco delle cui parole molto spesso non si estende al di là della propria scuola, dato che fra i trattati formativi dei nostri studenti prevalgono ancora per numero le traduzioni di opere straniere.

Ma il trattato di Traumatologia Clinica del Lusena merita, credo, un plauso anche perchè sta a provare che l'A. — che attualmente divide la sua attività fra l'esercizio della chirurgia pratica e quello dell'insegnamento, estendendola anche al campo dell'infortunistica — è convinto che, dal punto di vista sociale, la medicina degli infortuni debba prima di tutto esser clinica, e in questa soltanto possano trovare fondamento le sue applicazioni medico-legali.

Lo studioso che nella cospicua mole della pubblicazione ritenesse di poter attingere tutte le notizie di patologia speciale traumatologica e che, molti di questi quesiti trovando prospettati soltanto in succinto, volesse fare un rilievo all'A. per tale brevità, trascurerebbe anzitutto il fatto che il lavoro viene presentato quale un trattato di traumatologia clinica e non di patologia speciale delle lesioni violente; e dimenticherebbe nel tempo stesso che il pratico suole apprezzare in un trattato, più che la dovizia di notizie di erudizione, la esposizione chiara di quei capisaldi che meritano ormai di essere accolti come aquisizioni scientifiche accertate.

E al Lusena va tributato plauso di aver improntato il suo trattato a questa desiderata caratteristica.

R. DALLA VEDOVA.

SOLOMON-MASSON. *Precis de radiothérapie profonde*, 512 pag., 174 fig., 12 franchi svizzeri.

Più che un compendio il libro è un trattato di radioterapia in cui si dà larga parte a cognizioni tecniche necessarie a chiunque voglia impadronirsi dell'arduo campo della radioterapia e tanto più volentieri l'A. ci si sofferma perchè Solomon ha portato un notevole contributo al problema della dosimetria e il suo ionoquantimetro e la sua nuova unità R (campionata su una quantità nota di radio elemento) sono largamente introdotte in Francia.

Più della metà del libro comprende quindi cognizioni di tecnica; natura dei raggi X, leggi che regolano la trasmissione dei raggi, proprietà biologiche dei raggi; misure di qualità e quantità; tipi di ampolle e di apparecchi, mezzi di protezione. Le basi della terapia profonda sono trattate ampiamente ma largamente specialmente dal punto di vista fisico: i fondamenti biologici sono appena discussi; appena accennata la questione delle dosi eccitanti per quanto in fondo come oggi si ammette resti dubbia, accennata la questione della specificità delle radiazioni (questione che è

essenzialmente gloria italiana e che oggi ci ritorna dall'estero): discusse brevemente le dosi biologiche introdotte dai tedeschi poichè l'A. è del parere che ogni nozione dosimetrica basata su reazioni biologiche è da rigettare.

Le ultime 200 pagine sono dedicate alla tecnica e ai risultati della radioterapia (sarcomi, carcinomi dei vari organi, forme tubercolari): brevemente è trattata la parte delle affezioni emopoietiche e delle ghiandole a secrezione interna. Il libro per quanto essenzialmente tecnico in buona parte e per quanto in molti punti non si liberi dal tipo solito di trattazione tuttavia può essere utile anche al medico pratico che troverà, per quanto brevemente, accennate, quelle questioni biologiche che formano argomento vivo di discussione nel trattamento del cancro.

E. MILANI.

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. Edit. Georg Thieme, Leipzig, 1926. M. 52.50.

È pubblicato di recente il secondo volume che contiene diversi capitoli svolti da specialisti e corredati da numerose figure. Succintamente gli argomenti trattati sono i seguenti:

tecnica della ventricolografia con l'indicazione dei punti per la punzione e lo strumentario adatto per il metodo diretto o per quello lombare (Jüngling);

mielografia con introduzione di aria, iodöl, lipoiodol, iodipina ed i punti d'iniezione nella cisterna, nella colonna lombare, ecc., corredata da numerose figure per la diagnosi di tumori della colonna o del midollo (Peiper);

quadri radiologici delle pleuriti interlobari (Fleischner);

sintomi radiologici dell'ulcera del duodeno con numerose figure di casi normali e patologici (Berg);

l'influsso dei raggi sull'equilibrio acido-basico nel corpo (Kroetz);

il trattamento radiologico dell'asma bronchiale con la tecnica, i risultati ed il modo di azione (Klewitz);

le alterazioni delle ovaie dopo irradiazioni con l'influsso indiretto nell'organismo, nella gravidanza, la castrazione e la sterilizzazione radiologica (Geller);

l'elettrocoagulazione vescicale con la tecnica, lo strumentario per i tumori della vescica, le ricerche per la diagnosi e le statistiche dei vari trattamenti (Scheele);

il trattamento radio- e radiumterapico nei cancri della lingua (Schempp).

R. BRANCATI.

SERVIZI IGIENICO-SANITARI.

Conferenza Sanitaria Internazionale.

La XI Conferenza Sanitaria internazionale per la revisione della convenzione del 1912 ha avuto luogo a Parigi negli scorsi mesi di maggio e giugno. Ad essa hanno partecipato ben 72 Paesi con 163 delegati. La Delegazione italiana era composta del cav. di gr. croce Alberto Lutrario come primo delegato, del generale medico Repetti, del dott. Druetti e di qualche altro esperto; ed ha partecipato ai lavori di tutte le commissioni, sottocommissioni e comitati speciali, anche ufficiosi.

In più occasioni è stato fatto cenno con parole di plauso alla organizzazione sanitaria italiana; notevole sovra tutti il ricordo fatto dalla Delegazione degli S. U. d'America dell'azione così efficacemente svolta dal nostro Paese a tutela della emigrazione diretta oltre mare nel 1910-11, quando cioè in Italia esisteva il colera.

La nuova Convenzione segna un notevole passo avanti nel campo della profilassi internazionale.

L'orientamento patrocinato per prima dall'Italia consistente nel portare per quanto possibile lo sforzo sanitario nel porto di origine delle navi e durante la traversata ha fatto un deciso passo avanti.

Altre due malattie sono state aggiunte a quelle contemplate: il tifo esantematico e il vaiolo. L'ammissione di questa ultima rappresenta una vittoria conseguita dalla nostra Delegazione.

È stata resa obbligatoria nell'interno degli Stati partecipanti la denunzia delle malattie infettive contemplate dalla Convenzione.

All'attributo di « contaminato » con cui si soleva bollare una località per la scoperta di qualche caso di malattia esotica, si è sostituita la parola convenzionale « atteint ». La sostituzione voluta e difesa dalla Delegazione italiana ha in pratica grande valore.

È stata abolita la esenzione delle navi da misure sanitarie quando avessero lasciato circoscrizioni infette cinque giorni prima del caso, poichè tale esenzione era contradetta quasi costantemente dalla esperienza epidemiologica.

Il criterio della « decontaminazione » è stato modificato nel senso che il Governo che ha notificato la esistenza della malattia è il solo in possesso di tutti gli elementi per dichiarare quando il pericolo di una ulteriore espansione è presumibilmente cessato. Nel caso di Governi reticenti o non sufficentemente informati vi è il rimedio della prosecuzione delle misure.

Si è accentuato nei riguardi delle merci il criterio della loro innocuità, almeno nella grande maggioranza dei casi, e nei riguardi dei passeggeri e degli equipaggi viene data facoltà di avvalersi degli accertamenti di laboratorio.

Ai fini della classificazione sanitaria delle navi non viene più tenuto conto dei casi verificatisi a bordo prima della partenza.

L'emigrazione forma oggetto di particolari rac-

comandazioni nel senso di accordi speciali fra Paesi interessati, di un adeguato assetto igienico-sanitario nei porti d'imbarco, di dotare le navi dei mezzi di prevenzione contro le malattie infettive.

È stata riconosciuta la impossibilità, sostenuta dalla Delegazione italiana, di abolire fin da ora la patente di sanità e i visti consolari.

Viene fatto obbligo agli Stati partecipanti di emanare istruzioni speciali per mettere i capitani di navi che non hanno medico a bordo in grado di applicare le disposizioni contenute nella Convenzione.

Peste. — Un rilievo spiccatissimo è stato dato alla parte concernente la « peste murina ». Oltre all'obbligo della notificazione della prima apparizione della epizoozia, è previsto anche l'obbligo dell'invio d'informazioni periodiche all'Ufficio internazionale d'igiene pubblica. La derattizzazione è indirizzata a criteri più razionali.

Fra i requisiti cui debbono soddisfare i porti figurano anche quelli suggeriti dalla Delegazione italiana e che riguardano la necessità di separare con adatti dispositivi la fognatura dei porti da quella cittadina, nonchè la costruzione di magazzini « rat-proof », pratica in attuazione da noi.

Colera. — È stata definita la grave questione dei « portatori » di vibrioni colerigeni, nel senso che essi sono soggetti alle disposizioni in vigore nel Paese in cui entrano. I vaccinati contro il colera da non oltre sei mesi sono sottoposti a semplice vigilanza sanitaria, secondo la proposta della Delegazione italiana. Infine la nuova Convenzione fa cenno a taluni alimenti crudi, specie ai frutti di mare, prevedendo la eventualità di un trattamento inteso a liberarli dal vibrione colerigeno.

Altre *norme speciali* sono che le parti contraenti debbono astenersi dall'eseguire visite sanitarie alle navi che attraversano le loro acque territoriali senza fare scalo nei porti o sulle coste dei loro Paesi rispettivi. Non sono considerate come acque territoriali i canali artificiali e le vie navigabili interne.

Il *Consiglio sanitario marittimo e quarantenario* di Egitto è uscito rafforzato nelle attribuzioni di istituto in quanto che gli è stata assegnata l'alta vigilanza sui luoghi santi.

La Conferenza ha adottato poi alcuni voti, come l'incarico dato all'Ufficio internazionale di igiene pubblica di studiare uno schema per un assetto uniforme dell'istituto del « medico di bordo ». Il voto trae origine da un memoriale dell'Associazione fra i medici della marina mercantile italiana, proposto dalla nostra Delegazione. Fu ricordato nella circostanza il sistema italiano di reclutamento dei medici di bordo che merita di essere imitato.

Altro voto, proposto dalla Delegazione italiana, riguarda la emanazione da parte dei vari Governi di provvedimenti intesi ad impedire l'imbarco dei malati pericolosi sotto l'aspetto sanitario. Le nostre disposizioni in materia contemplano già il caso.

M. C.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 18 aprile 1926.
Presidente: dott. LANDUCCI.

La spasmofilia nell'infanzia.

Prof. RAFFAELLI. — L'O., dopo una minuta esposizione delle cause e dei sintomi di tale forma morbosa, fra le indicazioni terapeutiche, ha avuto agio d'intrattenersi sui brillanti risultati che si possono ottenere con quel nuovo valido sussidio terapeutico acquisito dalla pratica medica che è l'irradiazione ultravioletta.

Su di un caso di calcolosi ureterale.

Dott. ARRIGONI. — Caso molto interessante per la pratica nel quale una brillante diagnosi agevolata dalla radiografia e dal cateterismo degli ureteri, ha potuto indicare la precisa e ben riuscita terapia chirurgica.

L'urotropina per via endovenosa nella terapia medica.

Dott. ZANETTI. — Basandosi su di una ricca casistica personale, delinea le indicazioni ed i risultati delle iniezioni endovenose di urotropina con speciale riguardo ad alcuni casi di bronchite cronica che si erano dimostrati ribelli a qualsiasi altro rimedio.

Seduta del 13 maggio 1926.
Presidente: prof. LUGIATO.

Dott. INVERNIZZI. — Commemora con commossa parola l'immatura perdita del collega Tarozzi, rimasto vittima di un pietoso incidente autociclistico.

Sulla sifilide dell'orecchio interno.

Dott. PIPIA. — Prendendo argomento da un caso di lue ignorata la cui diagnosi fu possibile solamente in base all'esame funzionale acustico, tratta della grande importanza che tale esame ha assunto anche nella pratica medica.

Ricorda poi le indicazioni terapeutiche che l'esperienza ha consacrato e conclude augurando che ogni medico conosca quel tanto dell'esame dell'orecchio che basti a venirgli in aiuto nelle forme di maggiore gravità ed importanza.

Il valore diagnostico della radiologia nella tbc. polmonare.

Dott. LEIDI. — Mette in rilievo l'importanza diagnostica della radiologia nella tbc. polmonare e le indicazioni terapeutiche che ne derivano illustrando il suo dire con una numerosa serie di interessanti e perfette radiografie del torace.

S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La causa del colore chiaro dell'urina nel rene sclerotico.

Una spiegazione convincente del colore pallido dell'urina nel rene sclerotico non è ancora stata data, nè si può pensare ad una semplice ritenzione di sostanze coloranti in causa dell'insufficienza renale. Dalle ricerche di E. Becher (*Zblatt f. inn. Medizin*, 12 settembre, 1926) risulta che l'urina nella sclerosi renale contiene parecchi cromogeni, ma non si compie la trasformazione dell'urocromogeno nella sostanza colorante gialla. Quest'ultima non viene ritenuta nell'insufficienza renale; in questa, come nell'anuria, si ha invece una ritenzione del cromogeno nel siero e nei liquidi dei tessuti. Il cromogeno così trattenuto ha gli stessi caratteri di quello che si può trovare nell'urina del rene grinzo.

L'urocromo, al pari delle altre sostanze coloranti dell'urina, ha probabilmente origine nell'intestino. La mancata sua trasformazione in sostanza colorante può essere dovuta al fatto che la trasformazione ha probabilmente luogo in condizioni normali nel rene sano, mentre sarebbe turbata nel rene grinzo. È anche possibile che la sostanza colorante arrivi dall'intestino nel sangue e, nell'insufficienza renale e nell'anuria, venga poi decolorata da una qualche altra sostanza che in tali condizioni viene trattenuta. *fil.*

Una speciale reazione dell'urina nell'ittero infettivo.

Già nel 1917 Pagniez (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp.*, n. 19, giugno 1926) insieme a Cayrel, Lévy e de Léobardy aveva fatto notare una reazione speciale che si riscontra nelle urine degli ammalati con spirochetosi ittero-emorragica.

La reazione consiste in una colorazione verde che assume l'urina, a cui sia aggiunto dell'acido acetico, e dopo riscaldamento, come avviene per la ricerca dell'albumina.

Tale reazione, talora molto intensa, è presente dal primo all'ottavo giorno dell'itterizia; nei giorni seguenti scompare, benchè vi siano ancora abbondanti pigmenti nell'urina.

L'A. in seguito ha ricercato tale reazione in un gran numero d'itterici, ma non l'ha mai trovata presente, nel mentre che essa è stata positiva in quei casi in cui la sintomatologia clinica faceva sospettare una spirochetosi itterogena.

Tale reazione che sembra legata ad una facilità speciale da parte del pigmento all'ossidazione, sembra all'A. d'un valore diagnostico di notevole importanza, nel dubbio d'una infezione spirochetosica. CARUSI.

CASISTICA.

La psoite.

L'infiammazione e la suppurazione del m. psoas possono trarre origine da cause diverse. Possono aversi infatti psoiti da propagazione al muscolo di infezioni primitivamente localizzate all'osso iliaco, a vertebre lombari, o a focolai di peritoniti suppurate, di pionefriti, di adenolinfangite iliaca Nella pluralità dei casi però l'infiammazione e la suppurazione che colpiscono il m. psoas non sono che l'espressione o di una infezione (tifo, vaiolo, polmonite, febbre puerperale) venutasi a localizzare per via ematica nel suo tessuto muscolare, ovvero di un trauma sia diretto (contusione lombare, addominale, per ferite da taglio o d'arma da fuoco) sia indiretto (sforzo brusco, contrazione violenta, marce forzate). Possono infine verificarsi casi di psoite per propagazione di infezione per via linfatica ascendente. Infatti i linfatici del muscolo psoas si portano per mezzo dei linfatici circonflessi iliaci al ganglio iliaco esterno: a questo ganglio giunge pel tramite del gruppo esterno dei linfatici efferenti dei gangli inguinali superficiali la linfa contenuta nei linfatici superficiali dell'arto inferiore. Per simile disposizione bene si comprende come un'infezione localizzata, ad esempio, in un arto inferiore e superficiale possa raggiungere per la via dei linfatici superficiali dell'arto stesso il ganglio iliaco esterno e da questo il muscolo psoas riproducendo nella sua compagine muscolare la primitiva infezione.

Di solito le lesioni sono unilaterali: esse consistono in una miosite interstiziale suppurata.

L'inizio della psoite varia secondo la causa: è lento ed insidioso nei casi di propagazione di un'infiammazione che abbia colpito gli organi vicini o quando si sviluppa durante un'infezione, ed i sintomi locali possono essere mascherati da fenomeni generali gravi (iperpiressia, meningismo, anuria od oliguria, dispnea intensa). Diversamente avviene nella psoite traumatica, nella quale i dolori alla fossa iliaca, insorti bruscamente, sono vivissimi.

I sintomi più caratteristici della psoite sono la flessione esagerata della coscia sul bacino con adduzione e rotazione all'esterno della coscia, la immobilizzazione dell'articolazione dell'anca e la sua squisita dolorabilità, i dolori acuti nella regione lombare con incurvamento in avanti del rachide, la nausea, il vomito, la febbre alta, la diarrea, i sudori, l'ipotrofia precoce dell'arto corrispondente.

Bartolucci (*Riv. Osp.*; marzo 1926) riporta un caso di psoite in cui l'infezione avvenne, con

molta probabilità, per la via linfatica. Trattasi di un bambino di 4 anni, nel quale l'anamnesi remota e prossima era completamente negativa e nulla degno di rilievo era negli ascendenti e collaterali. Il bambino si era ferito con un pezzetto di vetro alla faccia plantare del piede destro; la ferita, superficiale e piccolissima, era stata trattata con applicazioni disinfettanti di tintura di iodio, ma il bambino poco tempo dopo aveva cominciato a zoppicare, senza lamentarsi di alcun dolore, cercando sopratutto di non servirsi dell'arto inferiore destro. Frattanto il bambino preferiva stare seduto, aveva brividi di freddo, era acceso in volto, non aveva appetito.

Trasportato in ospedale, l'esame obbiettivo dava i seguenti dati: aspetto sofferente, febbrile, immobilità assoluta dell'arto inferiore destro, coscia flessa sul bacino, addotta, ruotata all'esterno, gamba lievemente flessa sulla coscia. Spiccata ipotrofia muscolare e ipertricosi dell'arto inferiore destro. Diuresi ed alvo pressochè normali, lievi fatti congestizi polmonari, nulla agli altri organi ed apparecchi. La fossa iliaca d. appare, in vicinanza dell'arcata inguino-crurale, più rilevata e con marezzature venose; al triangolo dello Scarpa si rileva la presenza di una piccola tumefazione della grandezza e forma di un uovo di gallina con cute leggermente arrossata, lucente, molle, fluttuante alla palpazione.

Al piede ed alla sua faccia plantare, piccola ferita lineare, non voluminosa, in via di cicatrizzazione; i gangli inguino-crurali sono ingrossati e dolenti. Posta la diagnosi di psoite, fu deciso di intervenire al più presto. Raggiunta la guaina dello psoas, questa venne aperta dando esito a copioso materiale siero-ematico purulento. Già subito dopo la fuoriuscita del liquido, si notò che la funzione passiva dell'arto era assai più agevole. Zaffata, fu eseguito un apparecchio gessato a cingolo addominale previa regolarizzazione della posizione dell'arto inferiore destro. Il bimbo, apirettico ed in apparecchio gessato, ritorna in famiglia dopo 20 giorni dall'incisione.

L'A. ritiene che in tale caso, come già accennato, l'infezione abbia avuto origine dalla ferita esistente alla faccia plantare del piede destro e, risalita lentamente per la via dei linfatici, abbia raggiunto, attraverso il ganglio iliaco esterno, il m. psoas. Contro tale ipotesi starebbe l'assenza di strie di linfoangioite che nel caso in esame non furono affatto riscontrate. Deve però notarsi che tali strie non sono indispensabili nè, di regola, presenti in una infezione che segua nella sua propagazione la via linfatica. L'A. d'altra parte non ritiene che l'infezione si sia propagata per via ematica perchè in tali casi il trapasso nel torrente sanguigno dell'agente infettivo e la sua localizzazione a distanza si verificano in più breve tempo e contemporaneamente l'esplosione del quadro infettivo è più tumultuoso.

A. POZZI.

Miosclerosi primitiva e simmetrica dei muscoli posteriori degli arti inferiori.

È descritta da Flawier e Bariéty (*Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 30 aprile 1925).

U. U., di anni 54, venditore ambulante. Viene ricoverato all'ospedale per disturbi della locomozione. A 44 anni circa, si accorse che i suoi due talloni non venivano più a contatto col suolo. Tale fenomeno si accentuò progressivamente senza recare alcun dolore e senza impedire in primo tempo la locomozione all'infermo. In seguito per il continuo alzarsi dei talloni, questa si fece assai difficile. Dal 1923 poi, l'ammalato non può più uscire di casa.

L'ammalato, in piedi, s'appoggia sulle articolazioni tarso metatarsiche e sulle dita del piede.

La faccia anteriore delle gambe, assai dimagrite, si continua quasi verticalmente col dorso del piede.

Il calcagno dista dal suolo dodici centimetri a sinistra, undici a destra.

Il tendine d'Achille è retratto e assai teso d'ambo i lati. L'amiotrofia riguarda tutti i muscoli degli arti inferiori, specie però quelli antero-esterni e posteriori della gamba. Alla palpazione i gemelli danno l'impressione di muscoli in contrattura. I movimenti delle articolazioni tibio-tarsiche, sono assai limitati, non per fenomeni di anchilosi, ma unicamente per la retrazione dei tendini d'Achille. È limitata pure l'estensione della gamba sulla coscia, per retrazione dei muscoli posteriori della coscia.

I riflessi sono normali, e così pure la sensibilità obbiettiva. L'ammalato accusa talora formicolii o crampi, specie alla coscia sinistra, che si dileguano nella posizione orizzontale. L'esame elettrico non rivela alcuna modificazione delle comuni reazioni.

Per la localizzazione, per l'evoluzione non progressiva, per l'età del soggetto, tale miosclerosi primitiva non rientra in alcuna delle forme di miopatie, attualmente conosciute e classificate.

M.

Sulla sindrome di Volkmann.

La sindrome di Volkmann può essere dovuta ad una necrosi muscolare ischemica ed in tal caso il trattamento non può essere che ortopedico; le operazioni sui nervi, allora, non sono che accessorie e non possono modificare che dei sintomi di secondo ordine.

Altre volte invece si tratta di una contrattura dei flessori, come nell'osservazione di R. Leriche (*Gazette d. Hôpitaux*, 3 marzo 1926) di un ragazzo di 14 anni in cui, in seguito ad una puntura dell'avambraccio, si era realizzata una sindrome di Volkmann. Pochi giorni dopo si potè mettere in rilievo dell'edema muscolare; mancava ogni segno di necrosi. Si ebbe infezione e si formò un piccolo ascesso, guarito il quale, il disturbo funzionale caratteristico della sindrome persisteva e si aggravava. La simpatectomia omerale fece scomparire quasi immediatamente il disturbo; la guarigione si mantiene perfetta dopo sei mesi.

Si deve dunque ammettere la possibilità di una sindrome di Volkmann per contrattura di origine simpatica o per ipertonia, ciò che non ci deve sorprendere tenuto conto dell'ufficio del simpatico nel mantenere il tono.

fil.

TERAPIA.

I trattamenti moderni contro la scabbia.

Alle vecchie formole antipsoriche (pomate di Helmerich, di Wilkinson, di Kaposi, ecc.), alle sostanze resinose (balsamo del Perù, stirace) ed ai bagni di anidride solforosa, si sono aggiunti oggi nuovi mezzi preconizzati specialmente allo scopo di ottenere il massimo dell'efficacia curativa unita a rapidità di azione ed a comodità di uso. C. Pistocchi (*Archivio italiano di dermatologia, sifil. e venereol.*, dic. 1925) passa in rivista molti di tali mezzi che vanno in commercio come specialità; alcuni di essi sono veramente utili e possono liberare un paziente dalla scabbia in 2-3 giorni senza che esso debba essere distratto dalle sue occupazioni e senza insudiciare. Fra tali mezzi sono particolarmente utili alcuni a base di solfo colloidale ed ossido di zinco, certi saponi allo stirace ed acido salicilico, altri in cui lo zolfo è unito al benzolo e la soluzione di peruscabina in olio di ricino al 25%.

Un medicamento che costa poco e può usarsi per le famiglie povere e per gli ospedali è la pomata Lilian; fatta con: Vaselina, lanolina ana g. 250; Polisolfuro di potassio g. 90; Acqua distillata g. 160; olio di vaselina g. 240; ossido di zinco g. 10. Essa agisce per l'azione dello zolfo incorporato sotto forma di polisolfuro e può, per l'azione dell'idrogeno solforato, penetrare più facilmente nei cunicoli, dilatarli, romperli ed uccidere gli acari. La si applica per 2-3 sere, a seconda dell'intensità della scabbia, facendo praticare un massaggio per 5 minuti dal collo ai piedi per tutto il corpo; si consiglia di tenere durante la notte, la maglia, le mutande, le calze ed i guanti poichè in tal modo il medicamento rimane più aderente. La cura si completa poi con un bagno di pulizia e con il cambiamento della biancheria. Unico inconveniente è l'odore disgustoso del polisolfuro.

fil.

Nella forfora grassa.

Sabouraud consiglia:

1) Applicare ogni 8 giorni uno strato del liquido seguente, riga per riga, mediante dei batuffoletti di cotone e con frizioni ben appoggiate:

Olio di cade deodorato	g. 10
Olio di cedro	» 10
Acetone anidro	» 30
Alcool a 96°	q. b. per cmc. 125

2) L'indomani praticare una saponatura, riga per riga, con uno spazzolino da denti semiduro ed un sapone liquido poco alcalino. Lavare poi bene ed asciugare.

Nei casi benigni, ridurre le saponature a due al mese, ma fare ogni 2-3 giorni una lozione tonica con lo spazzolino semiduro, riga per riga (durata totale 20 minuti) con questo liquido:

Acqua distillata	g. 30
Nitrato di potassio	cg. 50
Formalina	» 30
Etere etilformico	» 50
Alcoolato di limone	g. 20
Etere officinale	» 20
Alcool a 96°	q. b. per cmc. 300

fil.

Cura della pityriasis versicolor.

Audry e Durand (*Thérapeutique des maladies cutanées*, 1924) dicono che questa affezione, provocata da un ifomicete, il Microsporon furfur, si presenta sulla cute sotto forma di macchie brunastre, color latte e caffè, variamente distribuite. Sulle macchie si possono fare delle medicature iodate, ovvero si può applicare la seguente pomata (Besnier):

Lanolina, Vaselina, Sugna, anag. 25;
Resorcina, Acido salicilico, anag. 2;
Solfo precipitato, g. 10.

Si raccomandano pure le lavande con sapone allo zolfo, o lozioni con:

Alcoolato di lavanda, g. 120;
Sublimato, g. 1;
Olio di lavanda, g. 4;
Sapone verde, g. 80.

Applicare e lasciare in sito senza asciugare.

M.

Nelle seborree cutanee.

Sabouraud (*Journal des praticiens*, 23 genn. 1926) consiglia di fare dei massaggi seguiti da sgrassamento mediante il liquore di Hoffmann e di ap-

plicare, la notte, la seguente pomata: solfo precipitato, alcool canforato ana g. 10; glicerina g. 50; acqua dist. g. 200. Oppure: acido tartarico, acido salicilico, resorcina ana da 1 a 5 g.; alcool a 60° grammi 50.

Nella seborrea del cuoio capelluto, fare saponature frequenti seguite dall'applicazione della pomata allo zolfo (1/40-1/10). *fil.*

Antipruriginosi.

Possono essere utili delle lozioni calde con acqua (2 parti) ed aceto (una parte). Oppure, secondo Macapère e Montclaur delle paste, come la seguente: mentolo cg. 40; canfora g. 1. Ossido di zinco, talco ana g. 7. Vaselina, lanolina ana g. 12.

VARIA.

Sudore sanguigno e stigmate religiose.

Il caso della « monaca santa » che, come narrarono a suo tempo le cronache dei quotidiani, negli ultimi tre anni in un piccolo paese della Calabria presentò sorprendenti fenomeni di sudorazione sanguigna e di lesioni a forma di stigmate alle estremità, è stato studiato dal prof. Vincenzo Bianchi, che in un articolo pubblicato dalla *Rivista di Psicologia* espone le sue osservazioni e considerazioni al riguardo.

La « monaca santa », al mondo Elena Aiello, e una donna di 28 anni, che già precedentemente aveva presentato manifestazioni schiettamente isteriche. All'età di 12 anni fu improvvisamente presa da un riso convulso, cui seguì tosse spasmodica abbaiante, sostituente quasi l'atto respiratorio, e che dopo 9 mesi cessò senza nessuna cura. All'età di 22 anni, nel 1920, entrò in un monastero, e dopo due mesi in seguito ad un dolore alla spalla sinistra causato da uno sforzo, si determinò una paresi dell'arto superiore corrispondente. Nel corso delle cure, riuscite tutte inefficaci, ebbe le prime visioni di Santa Rita, che le ordinò d'iniziare una sottoscrizione per l'acquisto d'una sua immagine da collocare in una nicchia della Chiesa del paese in sostituzione d'una statua di San Giuseppe ivi esistente. Riuscite vane le pratiche al riguardo, una notte le ricomparve sdegnata Santa Rita, che la colpì con un pugno sullo stomaco. A questa visione seguì impossibilità di divaricare la rima dentaria, vomito incoercibile, e formazione di numerose piccole piaghe intorno alla ferita residua di un inutile intervento operatorio alla spalla sinistra, dove il dolore intanto divenne più forte mentre la paralisi dell'arto si faceva completa.

Finalmente una notte le ricomparve Santa Rita che amorevolmente l'avvertì che le sue sofferenze sarebbero presto cessate. In effetti l'indomani potè muovere la bocca e il braccio, e le piaghe andarono rapidamente cicatrizzandosi.

Successivamente le visioni si ripetettero con contegno sempre ostile ed aggressivo. Nel novembre 1921 l'Aiello raccontò alle monache del paese che per istrada aveva incontrato Santa Rita, la quale le aveva tagliato i capelli, e ciò dicendo, disciolte le treccie ne faceva cadere a terra una di grosso volume.

Da allora fino al 1923 l'Aiello non ebbe a soffrire altri disturbi. Nel primo venerdì di quaresima di detto anno accusò un forte dolore di testa e si mise a letto. Assorta nella preghiera ebbe la visione di Gesù. La corona di spine che ne cingeva la testa se ne staccò e, proprio come era occorso a Santa Rita, si conficcò sulla sua fronte producendo un gemizio di sangue. Il fenomeno, che fu controllato dal dottor Turano, si ripetette negli altri venerdì fino a quello della Settimana Santa.

Nei venerdì della quaresima del 1924 si ebbe la stessa scena, con l'aggiunta di ulcerazioni alle ginocchia ed ai piedi. A quest'epoca rimontano le osservazioni del prof. Vincenzo Bianchi, il quale così riferisce:

Sulla parte mediana della fronte quasi a livello dell'impianto dei capelli e più in basso e lateralmente si verificano, ad intervalli di circa 5 minuti, tre gemizi di sangue, che diventano più abbondanti durante le estasi. Asportando il sangue con un batuffolo di ovatta non si nota sulla cute alcuna lesione di continuo. Il sangue fuoriesce sotto forma di goccioline che si ingrossano gradatamente formando un flusso che solca il viso ed il collo.

Nella parte centrale del dorso e della pianta dei piedi ed in corrispondenza delle ginocchia si osservano piaghe della grandezza di un centesimo di vecchio conio, a margini dentati, a fondo rosso vivo, con scarsa secrezione.

L'esame neurologico dà il seguente risultato: anestesia tattile, dolorifica e termica su quasi tutta la cute; iperalgesia alla fronte, alla regione cardiaca, alle mani, ai piedi, alle ginocchia; amaurosi completa; anosmia; disgeusia; riduzione dell'udito; dolori spontanei violenti alla fronte ed alla regione cardiaca, tachicardia notevole durante le estasi.

Il caso in quistione ha un grande interesse in quanto esso costituisce una conferma sicura dell'attendibilità di analoghi fenomeni presentati nei tempi passati da individui invasi dalla fede religiosa e che poi furono portati agli onori degli altari. San Francesco e Santa Caterina presentarono fatti analoghi a quelli che ora offre all'osservazione scientifica la monaca di Montalto di Uffugo.

Questa donna ha una mentalità molto più meschina, la sua personalità è ben lungi dal raggiungere la complessità e la fibra del Santo di Assisi e della Santa di Siena, che influirono così potentemente sulla storia della chiesa cattolica, ma anche essa è stata segnata dalle stigmate del Redentore ai piedi, alle ginocchia, anch'essa soffre violenti dolori al costato sinistro, anch'essa ha visioni diurne, estasi e svenimenti.

Non è dubbio che l'Aiello rappresenti un caso classico d'isterismo. Nella sua storia si trovano fatti di sicuro significato diagnostico: il riso ed il pianto spasmodico durato ben nove mesi, il dolore alla spalla e la paralisi dell'arto corrispondente, il vomito incoercibile, disturbi tutti guariti con la suggestione religiosa, ed infine l'attitudine alla simulazione documentata dal taglio dei capelli attribuito a Santa Rita.

D'altra parte l'esame neurologico ha messo in evidenza disturbi d'indubbia natura isterica, quali l'anestesia cutanea diffusa e l'iperalgesia di alcune zone, l'amaurosi, l'anosmia, la sordità, la disgeusia.

Tutto ciò lascia legittimamente concludere che anche il gemizio di sangue, le stigmate siano fenomeni da attribuirsi alla stessa nevrosi.

In questi ultimi tempi è stata messa in dubbio la possibilità che l'isterismo possa provocare sintomi che siano l'espressione di lesioni organiche, come le piaghe, o di perturbazioni funzionali profonde, straordinarie ed il cui meccanismo fisiopatologico è oscuro, come il sudore sanguigno. Babinski, per il quale l'isterismo è tutto suggestione, nega a questa la capacità di provocare alterazioni organiche sostanziali. Egli ha affermato che il perfezionamento dell'indagine clinica, la maggiore serietà d'osservazione hanno annullata la casistica del genere. Gli edemi, le piaghe, le ematemesi, le emottisi, le anurie, le ipertermie di pretesa natura isterica sarebbero effetto di trucco o di falsa interpretazione. Già nella pratica ordinaria questi fenomeni non si incontrano più, e durante la guerra, che pure ha determinato un abbondantissimo materiale di neurosi, non si è verificato neppure un caso di questi disturbi organici che hanno del miracoloso.

La tesi di Babinski è senza dubbio poco convincente. Se l'isterismo attraverso processi fisiopatologici, che ci sono completamente oscuri, è capace di provocare paralisi, contratture, mutismi, afonie, anestesie, abolizioni di funzioni sensoriali, modificazioni del ritmo cardiaco e di altre funzioni viscerali, non deve sorprendere che possa produrre sempre attraverso meccanismi nervosi modificazioni del trofismo cutaneo, che si estrinsecano con piaghe, alterazioni della vascolarizzazione delle glandole sudoripare, che si estrinsecano con l'emorragia attraverso la glandole stesse.

Noi non sappiamo come e perchè improvvisamente si produca e improvvisamente scompaia negli isterici un disturbo motore come una contrattura, un disordine sensoriale come l'ambliopia, ma non per questo neghiamo il fatto. Tali disordini sorprendono meno perchè sono di più frequente osservazione e perchè si presentano senza alcuna apparente modificazione della materialità della parte colpita. Tuttavia noi sappiamo che una contrattura quando duri molto può provocare un'anchilosi, ossia un fatto materiale, ed un'ambliopia può dopo molto tempo provocare alterazioni retiniche *ex non usu*.

Analogamente si può ammettere che influenze nervose, la cui essenza ci è ignota, come determinano abolizione o perturbazione della funzione motoria o sensoriale, possano provocare attraverso azioni vasomotorie o trofiche alterazioni materiali della cute e rottura di capillari sanguigni.

Se l'isterismo può dare la tachicardia parossistica, perchè non dovrebbe provocare l'ipertermia accessionale; se l'isterismo è capace di dare la cianosi e l'ischemia dell'estremità fino a simulare il morbo di Raynaud, perchè non dovrebbe provocare lesioni trofiche della cute?

Ma a parte queste presunzioni teoriche c'è da osservare che i casi di alterazioni somatiche di natura isterica sono stati controllati da personalità scientifiche del rango di Bernheim e di Beaunis. E che la letteratura medica contemporanea va registrando continuamente casi, la cui attendibilità non può essere messa in dubbio perchè possono essere facilmente verificati.

Questo della donna di Montalto è un caso di grande interesse per la eccezionalità dei fenomeni riscontrati e perchè smentisce le affermazioni di Babinski, le cui vedute hanno dominato per un certo tempo, ma purtroppo esso non apporta alcun contributo chiarificatore dell'etiopatogenesi dell'isterismo e del meccanismo di produzione dei disturbi isterici somatici.

DR.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Società per gli studi della Malaria.

Dopo due adunanze preliminari, il 5 agosto si è tenuta un'assemblea generale per la ricostituzione di questa Società, la quale, come è noto, venne fondata dal compianto e benemerito prof. Angelo Celli e conta al suo attivo un lungo periodo di attività operosa, interrotta dalle vicende della guerra.

La riunione ebbe luogo, su invito del sen. Marchiafava, nei magnifici locali della Stazione sperimentale per lo studio della malaria, diretta dal prof. Alberto Missiroli (palazzetto della Farnesina, al Corso Vitt. Emanuele 168).

Vi hanno partecipato molte elette personalità, tra cui il sen. Marchiafava, che per designazione unanime la presiedette, i proff. Giuseppe e Raffaele Bastianelli, Bignami, Dionisi, Ficacci, Gosio, Gualdi, Missiroli, il comm. Vittorio De Sanctis per la Casa Reale, l'on. Stringher per la Banca d'Italia, il principe Aldobrandini, il dott. Jandolo per il Ministero dei Lavori Pubblici, il dott. Tognetti per le ferrovie dello Stato, l'ing. Penserini per l'Ufficio sperimentale del Tevere e dell'Agro romano, il prof. Giacomo Rossi per la Società Maccarese, il dott. Verney per la stampa sanitaria, i dottori Moretti, Raffaele, Garofoli, l'ing. Di Tucci, ecc. Erano state inviate adesioni e deleghe dal sen. Sanarelli, dal prof. Pediconi, rettore per l'igiene del Governatorato di Roma, dal prof. Nazari, dall'ing. Barbieri, dai dottori Bonalberti, Mosna, Battista ed altri.

Il prof. Marchiafava, dopo aver ringraziato i convenuti, disse che s'intendeva d'infondere nuova vita alla vecchia e gloriosa associazione. Dopo un'ampia discussione, che valse a fissare le linee programmatiche, si portarono lievi modifiche allo Statuto. Su designazione del prof. Marchiafava, fu eletto presidente don Gelasio Caetani, nome glorioso e caro pel suo passato di guerra e di pace; su proposta del prof. Raffaele Bastianelli, furono eletti vice-presidenti i proff. Bignami e Dionisi; furono poi chiamati a far parte del Consiglio d'amministrazione il sen. Marchiafava, il principe Aldobrandini e i proff. Vittorio Ascoli, Giuseppe Bastianelli, B. Gosio e A. Nazari; a segretario fu nominato il prof. Ficacci; a cassiere il dott. Raffaele; per la redazione degli atti fu delegato il dott. Verney.

Il Consiglio d'amministrazione ha tenuto una prima adunanza il 9 agosto, per precisare le modalità dell'azione da svolgere.

*
* *

Scopo della Società sarà quello di animare l'ambiente in cui viene svolgendosi la lotta antimalarica in Italia e di imprimere impulso agli studi scientifici ed alle applicazioni pratiche in questo campo.

Per attuare tali intendimenti verranno indette riunioni sociali, che assumeranno il carattere di congressi nazionali sulla malaria, e se ne pubblicheranno gli atti; si creeranno borse di studio decorose, affinchè possano effettuarsi delle ricerche sulla malaria; verranno assegnati premi, rispondenti a finalità scientifiche ed alle applicazioni pratiche; verrà favorita la propaganda (volgarizzazione nel popolo) e la diffusione di conoscenze dottrinali e tecniche tra i competenti; si svolgerà anche un'azione diretta, col promuovere, incoraggiare, predisporre le campagne antimalariche.

Gli atti verranno inseriti nella « Rivista di Malariologia », così da evitare duplicati d'iniziative e affinchè la pubblicazione di essi acquisti maggiore snellezza in confronto ai vecchi atti, i quali uscivano solo una volta all'anno in un grosso volume.

La rinnovata Società intende di avere larghissima base, tra i medici, gli igienisti, gli agricoltori, gli economisti, i filantropi, tutti coloro cui sta a cuore il vitale problema della redenzione delle nostre terre malsane e delle nostre classi rurali dal secolare flagello. Essa chiede loro un concorso attivo di mezzi e di opere.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BELLUNO. *Ospedale Civile.* — Direttore Gabinetti per esami microsc., batteriol., chim. clinica e istol. patolog. Scad. 31 ag. Vedi fasc. 30.

BERGANTINO (*Rovigo*). — Scad. 31 ag.; L. 8000 e 4 quadrienni; per ambulat. L. 500; uff. san. L. 200 (*sic*); c.-v; indenn. trasp. a seconda del mezzo.

BORMIDA (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; c.-v. in L. 1200.

CAMPO ELBA (*Livorno*). — A tutto 31 ag., per 3 fraz.; L. 12000 e 3 sessenni. Chiarim. dalla segret. comun.; domanda all'Assemblea Consorziale Sanit. di Campo Elba.

CAVE (*Roma*). — Scad. 30 ag.; L. 9500 per 1000 pov., addiz. L. 4 fino a 2000 e L. 5 oltre; tassa L. 50.

COSENZA. *Ospedale Civile.* — Concorso per titoli e per esami a tre posti di medico assistente pel biennio 1926. Scad. 31 ag. Stip. L. 1800 (*sic*) annue e percentuale sui compensi operativi.

COSTA VOLPINO (*Bergamo*). — Al 31 ag., ore 12; ab. 4000; pov. 400; collina; L. 10,000, oltre lire 2500 cavalc., L. 650 uff. san., L. 300 amb., 1 c.-v., addizionale poveri L. 800.

FERMO (*Ascoli Piceno*). *Ospedale Civile e Militare Umberto I.* — Assistente chirurgo-medico municipale per il serv. chirurg. a domicilio e pro-

miscuo — prevalent. chirurgico — nell'Ospedale; L. 7000 oltre alloggio e vitto; tassa L. 50; età lim. 35 a. Chiedere annunzio. Doc. a 3 mesi dal 20 lug. Scad. 30 gg. dal 20 lug.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stabilimenti Riuniti.* — Aiuto medico; esami e titoli; L. 7050 e c.-v.; età lim. 35 a.; 4 a. di laurea. Nom. e conferma biennali. Scad. ore 16 del 28 ag. Chiedere annunzio.

FIUME. — Aiuto all'ufficiale sanitario del Comune; stip. L. 13,700 aumentab. a L. 15,000 dopo 6 anni; L. 3700 serv. attivo; c.-v. — Quattro condotte; stip. L. 11,350 aumentab. a 15,000 dopo 18 anni; L. 3300 serv. att., aumentabili a 3700 dopo 9 anni; ambul. L. 2000; c.-v.; indenn. trasp. da L. 2000 a 5000, addizion. L. 5 oltre 1500 pov. con mass. di L. 1500; p. suppl. L. 700; riconosc. serv. anter. — Il regolamento e il capitolato possono ottenersi dall'Economo del Comune (previo invio di L. 2 pel 1° posto, di L. 4 per gli altri quattro), richiedendoli al Commissario prefettizio del Comune, cui vanno mandati i documenti. A tutto 21 settembre.

FORANO (*Roma*). — Scad. 31 ag.; L. 10,500 per 1000 pov.; addizion. L. 4; 5 quadr. dec.; L. 1800 cavalc. per fraz. Gavigliano; L. 400 uff. san.; c.-v.; età lim. 39 a.; tassa L. 50.10.

FROSINONE (*Roma*). — Scad. 31 ag.; 3° quartiere; L. 8500 e 5 quadr. dec.; addiz. L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000.

IMOLA. *Congregaz. di Carità.* — Scad. 31 ag. ore 17; med. prim. dirett. dell'Ospedale di S. Maria della Scaletta; vedi fasc. 31.

IVREA (*Torino*). *Ospedale Civile.* — Med. assist.; età mass. 40 a.; tassa L. 50.10; scad. 31 ag.; stip. L. 3500 (*sic*). Ab. 11,500 circa. Disponibilità 100 posti.

LUCCA. — Medico scolastico; L. 11,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. attivo, L. 1000 indenn. trasf.; c.-v. Età mass. 35 a. Titoli ed esami. Scad. 11 sett. Rivolgersi al Comune.

MIGNANEGO (*Genova*). — Scad. 31 ag.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; indenn. trasp.; per uff. san. L. 500

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONTALTO MARCHE (*Ascoli Pic.*). — Scad. 31 ag.; per Porchia; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; indenn. laurea L. 500; indenn. forese L. 1000; ab. 1570 c.; poveri 25 %; tassa L. 50.15.

MONTECASTRILLI (*Perugia*). — Per Avigliano Umbro; proroga al 31 ag. Vedi fasc. 30.

PIACENZA. *R. Prefettura.* — A tutto il 31 ag.; uff. san. medico capo del capoluogo; L. 17,000. 5 trienni ed un quinquennio di un decimo; vedi fasc. 29.

QUILIANO (*Genova*). — Scad. 21 sett.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; p. uff. san. L. 800; p. bicicl. L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

ROCCA PRIORA (*Roma*). — Al 31 ag.; L. 10,500 e 5 quadr. dec., oltre L. 400 uff. san. e L. 100 trasp.; per gli abbienti e semi- L. 6000; c.-v.; età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 lug. Servizio entro 15 gg.

SAN MARINO. *Segreteria per gli Affari Interni.* — Al 31 ag. condotta di Serravalle; richiedesi nazionalità italiana; per antica norma statutaria sono esclusi i cittadini sammarinesi; L. 8000 e 5 quadrienni decimo, oltre L. 5000 pei non indigenti; L. 2500 cav.; biennio di prova; giuramento di rito.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro*). — Scad. 30 ag.; campagna; L. 8000 e 1 c.-v.; p. cav. L. 3000; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10.

SENOSECCHIA (*Venezia Giulia*). — A tutto 31 ag.; vedi fasc. 29.

SINALUNGA (*Siena*). — Scad. 31 ag.; v. fasc. 31.

SIRACUSA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Sortino. Scad. 45 gg. dal 2 luglio. Vedi fasc. 29.

TARZO (*Treviso*). — A tutto il 20 ag. Per schiarim. rivolgersi alla segreteria.

TICENGO (*Cremona*). — Con Cimignano sul Naviglio; scad. 29 sett.; L. 11,500 fino a 1000 pov., indennità capitaria L. 2; mezzo trasp. L. 1500; uff. san. L. 500; c.-v.

TOLFA (*Roma*). — Scad. 15 sett.; L. 9500 per 1000 pov.; quota supplementare per le eccedenze; 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 2500 per servizio ospedaliero. Tassa L. 50.15.

TREVIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 22 sett. Vedi fasc. 32.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Divis. Chirurgica III. Vedi fasc. 32. Scad. 30 ag.

VERONA. *Scuola di Ostetricia.* — Direttore. Scad. 31 ag. Rivolgersi al Ministero della P. I.

VICENZA. *Ospizi Infanti Abbandonati.* — A tutto 31 ag., direttore sanit.; L. 10000 e 5 quadrienni dec. oltre c.-v. in L. 1750. Rivolgersi Direzione.

VIGOLO (*Bergamo*). — Consor. con Parzaniga; al 21 sett.; ab. 2000; iscritti 400; L. 10,000, oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 1500 trasp.; appartam. gratuito in casa civile, con orto.

VILLA CELIERA (*Teramo*). — Scad. 31 ag.; L. 9000 e 4 quadrienni di L. 500; uff. san. L. 500; caval. L. 2400; età lim. 40 a.; tassa L. 50.

Scuola di Sanità Militare.

Per il prossimo anno scolastico 1926-27 è aperto il concorso per l'ammissione ad un corso di mesi sei, presso la scuola di Sanità Militare di Firenze, di 100 subalterni medici di complemento in servizio o in congedo, aspiranti alla nomina a tenente medico in servizio permanente.

Gli interessati, per informazioni e chiarimenti, possono rivolgersi al Comando del Distretto Militare.

CONCORSI A PREMI.

Premi per gli studi sul cancro.

Presso l'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino (Centro ospitaliero di studio, diagnosi e terapia dei tumori) sono stati

istituiti quattro premi indivisibili di L. 2500 ciascuno per lavori intorno al problema clinico-ambientale del cancro. Saranno assegnati ai medici chirurghi del Piemonte. Scopo di questa gara è di promuovere la pubblicazione di osservazioni fatte da medici intorno alla distribuzione topografica dei casi di tumori maligni, del cumulo dei medesimi in quartieri, case, alloggi, in rapporto col clima e con le condizioni igieniche dell'ambiente. Per sceverare questi fattori da altri, che possono cagionare lo sviluppo di tumori maligni, dovrà essere tenuto conto dell'eredità, della professione, delle abitudini di vita e di malattia generali e locali, che possono creare una disposizione individuale e locale ai tumori.

I lavori dovranno essere presentati, in quattro copie dattilografate, con storie cliniche documentate, nel giugno 1927, al protocollo dell'Ospedale, che ne rilascerà ricevuta.

I premi saranno assegnati da una Commissione presieduta dal sen. prof. Bellom Pescarolo e composta dei direttori del « Centro ospitaliero di studio, diagnosi e terapia dei tumori dell'Ospedale Maggiore di S. Giovanni Battista e della Città di Torino ». Per informazioni rivolgersi al segretario della Commissione, prof. dott. Carlo Gamna, aiuto della R. Clinica medica generale (via San Massimo, 24, Torino).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono nominati, in seguito a concorso, presso la R. Università di Perugia, i proff. Aymerich Giacomo di clinica ostetrica e ginecologia, Bizzozero Enzo di clinica dermosifilopatica, Dorello Primo di anatomia normale e Nasso Ivo di clinica pediatrica.

Il dott. Sforza Nicola è abilitato alla libera docenza in patologia medica.

Il dott. Leonor Michaelis, professore di chimica fisica applicata alla medicina in Berlino e che per molti anni ha insegnato nell'Università Nagoya del Giappone, è stato chiamato dalla Università Johns Hopkins di Baltimora (Stati Uniti).

Il premio medico di Tunisi, dell'importo di 5000 franchi, è stato assegnato al dott. E. Burnet, vicedirettore dell'Istituto Pasteur di Tunisi, per i suoi studi sulla infezione melitense.

Al prof. dott. comm. Massimi Adorno, ufficiale sanitario di Anagni, è stata conferita la medaglia di argento al merito della sanità pubblica, a titolo di riconoscimento dell'opera da lui spiegata nel campo dell'assistenza sanitaria.

Il dott. Amerigo Pietravanti, direttore della ambulanza della C. R. I. a Ponte Maggiore (Paludi Pontine), è stato insignito della medaglia di bronzo al merito della Croce Rossa Italiana.

NOTIZIE DIVERSE.

12° Congresso internazionale di fisiologia.

Si è svolto a Stoccolma dal 3 al 6 agosto e si è chiuso ad Upsala.

L'inaugurazione ebbe luogo nel magnifico Stöborget (salone dei concerti), alla presenza di più di mille intervenuti fra congressisti e invitati. Ai lavori scientifici hanno partecipato parecchi italiani: Bottazzi, Polimanti, Foà, Lo Monaco, Artom, Gorini, ecc.

I lavori sono stati alternati con visite, escursioni, ricevimenti, ecc.

Il futuro congresso si adunerà negli Stati Uniti — probabilmente a Boston — nel 1929.

6° Congresso internazionale di storia della medicina.

Si adunerà a Leida e ad Amsterdam dal 18 al 23 luglio 1927, sotto la presidenza del dott. De Liut; ne farà parte una sezione di quadri, libri e medaglie.

Congresso italiano di Ortopedia.

Il XVII Congresso della Società Italiana di Ortopedia si terrà quest'anno a Venezia, nella Biblioteca dell'Ospedale Civile, durante i giorni 23-24 ottobre sotto la presidenza del prof. F. Delitala. Tema di relazione è: « Trattamento delle fratture articolari e dei loro esiti », relatori F. Delitala e S. Marconi.

Si prega d'inviare il titolo delle comunicazioni che s'intendono svolgere al congresso entro il primo ottobre. Si potrà usufruire delle riduzioni di viaggio che da tutte le stazioni del Regno vengono concesse per la Esposizione Biennale di Belle Arti.

Congresso ibero-americano di oftalmologia.

La Società Oftalmologica ispano-americana terrà la sua 14ª assemblea a Salamanca dal 15 al 18 settembre. Temi: « Visione stereoscopica », relatore dott. Diaz Caneja; « Dacriocistorinostomia », relatori dottori Casadesús e Basterra.

Congresso francese sulla natività.

Dal 23 al 26 settembre si celebrerà a Parigi l'8° Congresso nazionale sulla natività, sotto la presidenza di A. Isaac; vi sono annunziate 14 relazioni.

Congressi medici tedeschi.

A Düsseldorf si aduneranno prossimamente i seguenti Congressi: di pediatria 15-19 settembre; dei medici e naturalisti 19-26 settembre; di psichiatria 23-24 settembre; d'igiene industriale, da fissare.

L'Associazione Medica Britannica.

Ha tenuto la sua 94ª adunanza annua a Nottingham dal 20 al 22 luglio. Vi sono state fatte pregevolissime relazioni e comunicazioni, di alcune delle quali non mancheremo di occuparci. L'adunanza si è chiusa con un grandioso pranzo al « Palais de danse ».

L'Associazione conta ora 31.117 membri, il che segna un incremento di oltre 2000 rispetto all'anno scorso e di circa 6000 rispetto al 1922. Essa ebbe le sue origini nel 1832, da un convegno di una cinquantina di medici, promosso da sir Charles Hastings.

Il Dispensario antitubercolare di Salerno.

Auspice l'illustre senatore prof. Alessandro Lustig, Presidente dell'Opera Nazionale Mutilati ed Invalidi di Guerra, il 1° giugno venne inaugurato a Salerno il Dispensario antitubercolare annesso alla Rappresentanza Provinciale dell'Opera, eseguito sotto la competente direzione tecnica del dott. Pepe, medico della Rappresentanza di Salerno. Numerosi gl'invitati alla cerimonia.

Parlarono l'avv. Gallo, il comm. Vigliarolo e il sen. Lustig, il quale tenne un elevatissimo discorso.

L'Ospedale Regio di Rodi.

È stato inaugurato a Rodi l'Ospedale Regio, trasformazione dell'antico Ospedale Civile.

All'austera cerimonia assistettero S. E. il governatore Lago e la signora donna Ottavia, il presidente dell'Associazione Nazionale Missionari Italiani sen. Schiaparelli (si deve ad esso l'iniziativa di questo rinnovamento), moltissimi funzionari civili, ufficiali del presidio, tutti i medici esercenti di Rodi ecc.; segnalati i consoli dell'Inghilterra e della Turchia, i consiglieri comunali cav. Mahmuf Hogia e Michele Menaschè, l'egumeno del Monastero di Patmo, il comandante del Porto cav. uff. Montagnaro, il comandante di marina Sparzani, il comandante del presidio col. Gianni, il presidente della Comunità israelitica Franco Heskia, il mufti Hafis Mustafà ecc. ecc. Tenne il discorso inaugurale il chirurgo direttore dell'Ospedale, prof. comm. Gallina, il quale ha già diretto gli Ospedali di Aosta e di Novara.

L'Ospedale occupa una superfice di 1845 mq. ed è contornato di giardini; consta di un padiglione centrale a due piani e due padiglioni laterali; è fornito di tutti gl'impianti moderni; per ora è capace di 80 letti, ma è suscettibile di essere rapidamente ampliato, qualora l'affluenza dei malati lo esigesse. Il rinnovamento edilizio è stato compiuto su progetto dell'ing. Boccalatte. Il servizio interno è affidato alle Suore Missionarie d'Egitto.

Presto si inizierà la costruzione di un reparto ostetrico-ginecologico con annessa scuola per levatrici, di un reparto oftalmico, di un reparto odontoiatrico; è in attuazione la costruzione di un brefotrofio; si penserà pure alla costruzione di locali adatti per gli alienati e per i tubercolotici.

Coronamento di questa opera sarà la fondazione di un Istituto Colturale in cui si terranno corsi di perfezionamento.

L'Ospedale Regio di Rodi aspira ad affermarsi in tutto il Levante.

Ospedale per bambini storpi a Filadelfia.

Il 24 giugno venne inaugurato a Filadelfia un ospedale per bambini storpi, capace di 100 letti. Sorge sul boulevard Roosevelt. E' costato mezzo milione di dollari e importerà la spesa annuale di 150 mila dollari; vi sarà addetto un corpo di 30 medici; accoglierà bambini di età non superiore a 14 anni, i cui genitori non siano in grado di provvedere al trattamento; si richiederà inoltre che i ricoverati presentino condizioni mentali normali e che il trattamento offra probabilità di successo. Altri ospedali congeneri erano già sorti negli Stati Uniti, a Chicago, St. Louis, San Francisco, Montreal, Shrevenport, Twin Cities e Portland.

Per una Clinica urologica a New York.

Il sig. Louis Sherry ha lasciato 700.000 dol., pari a circa 20 milioni di lire it., alla Clinica urologica del Centro Medico Columbia-Presbiteriano. Con questo lascito la Clinica viene a disporre di circa 1.300.000 dol., pari a circa 40 milioni di lire it. Essa occuperà ora tutto l'8° piano del Nuovo Ospedale Presbiteriano. Originariamente doveva poter accogliere 64 pazienti; ma il lascito Sherry è destinato a far aumentare le disponibilità dei letti, con particolare riguardo ai sofferenti di cancro.

Nell'Università di Tokio.

Il Dipartimento di Urologia e il Dipartimento di Terapia che prima facevano parte di altri Istituti dell'Univesità Imperiale di Tokio, sono stati ora eretti in Istituti autonomi, la cui direzione è stata affidata rispettivamente ai proff. Negishi e Manabe; ogni Istituto avrà un corpo insegnante costituito, oltre al direttore, di un aiuto (professore assistente) e di due assistenti.

Biblioteca medica circolante dell'Istituto Terapeutico Romano.

L'Istituto Terapeutico Romano, importante ditta italiana preparatrice di prodotti opoterapici e di note specialità medicinali, che si onora dei nomi degli illustri proff. Sanarelli e Pende, ha preso in questi giorni una magnifica iniziativa di cultura che quanti hanno a cuore la sorte del libro medico italiano debbono apprezzare e incoraggiare.

L'Istituto ha creato una biblioteca medica circolante, che con meccanismo semplicissimo mette a disposizione gratuita di ogni medico, anche del più piccolo e lontano comunello d'Italia, i libri di medicina italiani pubblicati dalle ditte editrici. Il medico sceglie il libro e ne invia all'Istituto l'importo anticipato; alla fine dei due mesi, trattiene il libro o lo rispedisce all'Istituto, che gli restituisce il denaro versato.

La coraggiosa e patriottica iniziativa, che ha già avuto il favore e l'appoggio delle ditte editrici librarie di medicina, è stata portata a conoscenza di tutti i medici italiani da una pubblicazione di propaganda culturale medica « Argus », che l'Istituto Terapeutico Romano invia gratuitamente a tutti i medici d'Italia.

Questa sollecitudine encomiabile delle maggiori nostre ditte industriali farmaceutiche di destinare una parte dei loro mezzi a propagare e intensificare la cultura medica nazionale, come hanno fatto e fanno l'Istituto Sieroterapico Milanese, la ditta Wassermann ed altre, va segnalato a titolo di encomio.

Intercambi colturali.

Abbiamo già annunziato che il dott. Miguel Couto, presidente dell'Accademia di Medicina di Rio de Janeiro, ha fatto un giro scientifico in Europa, ove ha tenuto varie conferenze molto apprezzate. Al suo ritorno gli è stato offerto un sontuoso ricevimento dalle tre società mediche riunite di Rio.

Per gli stipendi dei professori universitari in America.

L'« Associazione Medica dello Stato della Virginia orientale », in un'adunanza tenuta a Morgantown dal 25 al 27 maggio, ha votato un ordine del giorno in cui si rileva che gli stipendi dei professori addetti alla locale Scuola di Medicina non sono proporzionati ai servizi che questi rendono alla società e che i guadagni dei professori stessi rimangono generalmente inferiori a quelli dei liberi professionisti; si chiede pertanto che gli stipendi suddetti vengano elevati ad un minimo di 6000 dollari l'anno (pari a circa 180.000 lire it.).

Ritiro di Cesare Roux.

Il prof. Cesare Roux, che dal 1890 dirige la Clinica chirurgica di Losanna, lascerà l'insegnamento il 15 di ottobre prossimo. In tale occasione gli verranno rese cordiali onoranze.

Dal 1887 egli è anche capo del Servizio chirurgico dell'Ospedale cantonale della città.

Per il prof. Collip.

È stato conferito con solennità il dottorato in medicina a J. B. Collip, professore di biochimica presso la Facoltà Medica dell'Università Alberta di Edmonton (Canadà).

Il Collip, laureato in scienze naturali ed in fisica, aveva frequentato solo il primo biennio di medicina, nell'Università di Toronto (1910-12).

Egli ha cooperato con Banting all'estrazione e al campionamento dell'insulina. Di recente ha isolato l'ormone delle paratiroidi, il quale si è dimostrato in grado di mantenere, entro limiti normali, il tenore del calcio nel sangue di animali tiroparatiroidectomizzati e di prevenire la tetania paratiroideopriva.

Vittime della scienza.

È morto, dopo atroci sofferenze, il dott. Maxim Menard, capo del servizio radiologico all'Ospedale Cochin, che aveva subito l'amputazione delle due mani in quattro successive operazioni e ultimamente aveva perduto anche un occhio; ciononostante era rimasto nel suo istituto a trattare, con coraggio e costanza eroica, i suoi ammalati. I raggi X hanno finito per aver ragione di questo eroico studioso.

Un'altra eroica vittima della scienza radiologica è Gaston Damie, morto a 41 anni di un'anemia contratta nella manipolazione dei corpi radioattivi. È stato allievo di Curie; ha diretto il laboratorio di Gif (Seine-et-Oise); si è consacrato in specie alla curieterapia del cancro. Lascia due figli in tenera età.

Per lo studio del sonno.

Presso l'« Istituto Mellon per ricerche industriali » di Filadelfia venne creata, nel 1924, una « borsa di studio Simmons » per promuovere lo studio dei problemi concernenti la fisiologia e l'igiene del sonno; essa è stata affidata al dott. Harry M. Johnson.

Ora l'Istituto annunzia che la borsa è stata scissa in due; la nuova borsa è stata affidata al dott. Thomas H. Swan, per lo studio dei materiali letterecci (dal punto di vista della fisiologia e dell'igiene).

Certificato medico prenuziale nel Messico.

Il Messico ha adottato una legge che pone il matrimonio sotto la vigilanza degli uffici d'igiene. La cerimonia non potrà celebrarsi se da certificati medici non risulterà documentata la buona salute dei due coniugandi. La deliberazione sarebbe stata resa necessaria dall'alta mortalità infantile, cagionata da malattie costituzionali dei genitori.

Alla V Conferenza dell'Unione Internazionale contro la Tubercolosi.

Nella notizia comparsa sotto questo titolo sul fasc. 32, tra i membri della Delegazione italiana va fatto anche il nome del dott. Federico Bocchetti, direttore del Sanatorio di Anzio.

Vittima dell'ingestione di un dente.

Una distinta signora di Milano è morta in seguito all'ingestione, avvenuta durante il sonno, di un dente artificiale, i cui acuminati gancetti metallici le cagionarono gravi lesioni nell'intestino.

Il 7 giugno è morto a 70 anni il dott. ALBRECHT ERLENMAYER, uno dei più apprezzati psichiatri dei nostri tempi, figlio del dott. Adolf Albrecht Erlenmayer, che fu il pioniere della moderna psichiatria.

Dopo avere assistito per qualche tempo il padre nella reputata casa di salute Erlenmayer, assunse precocemente la direzione dell'Istituto stesso e la tenne con onore, conservandone l'organizzazione (compresa la celebre « colonia »), accrescendone la rinomanza, diffondendone i metodi assistenziali e curativi.

Egli fu per eccellenza « il medico dello spirito ». Si rese specialmente noto per i suoi studi sul morfinismo e sul cocainismo. Di questa seconda tossicomia consegnò la prima descrizione nota in una memoria pubblicata durante il 1886, basata su 13 casi; poco la letteratura medica ulteriore ha aggiunto a quella monografia. Dobbiamo a lui l'introduzione dello jodio per la cura dell'arteriosclerosi. Merita menzione anche il suo tentativo, primo del genere, di fondare una grafologia scientifica.

Egli creò nel 1877 lo « Zentralblatt für Nervenheilkund. Psychiatrie und gerichtliche Psychopathologie ».

Lascia un apprezzato volume: « Erste Hilfe bei Geisteskranken ». Fino a questi ultimissimi tempi ha continuato a pubblicare dei lavori: ricordiamo una biografia del padre, nei « Deutschen Irrenärzten », e la storia della sua Casa di salute renana, nella « Zeitschrift für Psychiatrie », pubblicazioni che attestano un'ammirevole lucidità e freschezza di spirito malgrado gli anni già inoltrati.

È rimasto vittima di un'escursione alpina il dott. CARLO MEZZENA, assistente nell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Torino. Contava 28 anni. Era considerato una promessa nel campo scientifico.

È morto a Napoli il prof. BARTOLOMEO BACULO, direttore del Brefotrofio della SS. Annunziata, medico primario degli Ospedali Riuniti, libero docente in clinica pediatrica e in patologia generale, valente professionista e studioso.

È morto, pure a Napoli, il prof. GENNARO FABIANI, libero docente di anatomia patologica e corso d'operazioni e di traumatologia; fu chirurgo del duca d'Aosta; godeva fama di ottimo professionista.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 30 Agosto 1926 Fasc. 35

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA MEDICA DELLA R. UNIV. DI ROMA.
Direttore: Prof. VITTORIO ASCOLI.

Sul meccanismo di azione della chinina e della chinidina nella fibrillazione e nella vibrazione delle orecchiette

per il dott. GINO MELDOLESI, aiuto.

Finora la chinina è stata considerata come un depressore dell'attività cardiaca e sopratutto dell'attività miocardica: controindicata in un primo tempo in qualsiasi affezione dell'apparato circolatorio come un vero e profondo veleno del miocardio, fu da Wenckebach introdotta in terapia cardiaca, appunto per quelle affezioni che, legate a stati di ipercinesi, da un farmaco depressore potevano venire con vantaggio moderate: vale a dire per le tachicardie in genere e specialmente per la fibrillazione e per la vibrazione delle orecchiette, per l'extrasistolia e per la tachicardia parossistica. Sopratutto nelle prime due affezioni l'impiego dei chinacei trovò larga applicazione e largo consenso; esso è entrato ormai nella comune terapeutica.

In queste aritmie i chinacei, come hanno dimostrato Lewis, Drury, Iliescu e Wedd (1) nei cani con orecchietta in fibrillazione, agirebbero attraverso un duplice meccanismo, determinando un allungamento della fase refrattaria e un rallentamento della conduzione: l'onda circolare verrebbe così ad essere ostacolata nel suo procedere nell'orecchietta, sarebbe spezzata e così gli stimoli verrebbero avviati lungo le vie normali di conduzione verso i centri inferiori. Però questa ipotesi, veramente seducente, non si dimostra, all'atto pratico, in accordo con molti fatti che la clinica mette in evidenza.

Cuori profondamente alterati nelle loro capacità funzionali, come quelli in cui, magari da anni, esiste un'aritmia completa da fibrillazione, tollerano quasi sempre la somministrazione di chinina o di chinidina senza inconvenienti, e tanto meno senza dimostrare quei segni di depressione fun-

(1) *Heart*, 9/55.

zionale che un farmaco ad influenza depressiva sul miocardio dovrebbe richiamare. Gli inconvenienti della terapia chinidinica sono, in genere, rari e si limitano di solito alla sfera digestiva. Gli incidenti a tipo bulbare [Frey (2), Haas (3)] o a tipo di asistolia acuta sono veramente eccezionali, e limitati esclusivamente ai casi gravi od ai casi in scompenso, in cui la cura chinidinica non dovrebbe venir mai iniziata, se prima un tentativo di cura digitalica non ha riportato un compenso di circolo perfetto. Gli accidenti embolici [Benjamin e v. Kapf (4); Ellis, Clark e Kennedy (5); Wilson e Hermann] o addirittura i casi di morte improvvisa descritti da Benjamin e v. Kapf, Groedel (6) e Shappington (7) e di cui un caso abbiamo avuto occasione di osservare noi stessi in una mitralica di 52 anni, compensata mediante la digitale, al 3° giorno di somministrazione di chinidina, vanno spiegati, piuttosto che per un'azione diretta della chinidina sul muscolo cardiaco, attraverso trombi parietali stabilitisi nell'orecchietta durante il periodo della fibrillazione e che vengono mobilizzati dal ripristino delle normali contrazioni auricolari e provocano così fatti di embolia nelle arterie del grande circolo: nel caso nostro, l'embolia aveva ostruito la coronaria sinistra, onde la morte improvvisa.

Però anche altri fatti clinici male si accordano con un'azione cardio-depressiva delle comuni dosi terapeutiche di chinina o di chinidina e cioè:

a) la perfetta tolleranza al medicamento da parte di malati di forme infettive gravi, che pur determinano lesioni costanti della fibra miocardica; prototipo il tifo;

b) la perfetta tolleranza che i malarici dimostrano in genere tanto alle dosi terapeutiche di chinina, quanto, come ha recentemente dimostrato il prof. Ascoli, alle dosi di chinidina. La chinidina non solo non è controindicata, come vorrebbe James (8) nei casi gravi di malaria, ma anzi trova la sua maggiore indicazione proprio in quei malati dove le alterazioni funzionali del miocardio sono conclamate;

c) in una serie di ricerche pubblicate nello scorso anno in *Cuore e circolazione*, potevo dimostrare che nell'individuo normale le piccole dosi di chinina somministrate per via endovenosa esplicano sul cuore un'azione eccitante, sia attraverso il sistema acceleratore cardiaco, in rapporto all'attività di formazione degli stimoli, alla eccitabilità e alla conducibilità; sia direttamente sul tono miocardico. In successive ricerche giungevo a dimostrare che quest'azione eccitante va estesa anche alle dosi di chinina che vengono comunemente usate in terapia. L'azione depressiva del chinino sul cuore e sopratutto sul tono e sulla contrattilità del miocardio rappresenta sempre un fenomeno tossico, il quale interviene esclusivamente per le dosi al di sopra dell'impiego terapeutico e che io ho potuto constatare solo negli avvelenamenti da chinino;

d) quanto si è detto per la chinina, mentre non vale per la cinconina ad azione tonica quasi nulla, va esteso invece alla chinidina, la quale possiede anzi un'efficacia tonica nettamente superiore alla chinina, di cui supera in genere anche le proprietà antimalariche.

Nel corso di ricerche sulla semeiologia e sulla clinica del tono miocardico (9), potevo mettere in evidenza in molte aritmie cardiache, e sopratutto nei casi di fibrillazione e di vibrazione auricolari, dei disturbi di alterata tonicità di grado, caso per caso, diverso. Dall'esame di 37 malati di aritmia completa risultava che in alcuni casi il disturbo di tonicità si limitava ad una semplice ipotonia, mentre invece in altri malati, dove anche clinicamente si poteva pensare a fatti di miocardite, si incontrava una vera e propria alterazione della funzione tonica, a cui si associavano alterazioni più o meno gravi della contrattilità.

La dimostrazione di un costante disturbo di tonicità in queste aritmie, dove proprio con maggiore frequenza la chinina o la chinidina dimostrano un'efficacia terapeutica spiccata senza richiamare fatti dimostrabili di depressione funzionale, faceva pensare che fra azione tonica di questi farmaci e loro azione terapeutica in queste forme di aritmia potesse esistere uno stretto legame.

Ad investigare questo problema sono dirette le presenti ricerche.

*
* *

In 40 casi di aritmia completa, dove l'esame elettrocardiografico dimostrava la presenza di una fibrillazione delle orecchiette (molto spesso fibrillazione impura), determinavo, col mezzo delle prove funzionali da me proposte, lo stato e le capacità funzionali della tonicità miocardica.

Stabilito questo primo punto, tentavo la terapia chinidinica, sorvegliando sistematicamente i malati a periodi ravvicinati, possibilmente ogni giorno, tanto all'elettrocardiogramma quanto alle pro-

(2) *B. kl. W.*, 1918/417.
(3) *Ibid.*, 1921/540.
(4) *D. m. W.*, 1921/1.
(5) *The Lancet*, 1921/894.
(6) *Ther. d. Gegenwart*, 1921.
(7) *Jour. of am. med. Ass.*, 1922/59.
(8) I Congr. int. malaria, 1925.

(9) *Cuore e circolazione*, 1926/7.

ve funzionali, ripetendole fino all'eventuale ripristino del ritmo normale.

I casi in osservazione, a seconda della lesione organica da cui erano sostenuti, si riferivano a *lesioni della mitrale da pregressa endocardite* (16, dei quali 2 combinati anche ad insufficienza delle valvole aortiche), a *lesioni luetiche dell'aorta* con insufficienza delle valvole semilunari (3), a *nefritici cronici* (11), e ad *arteriosclerotici* (10). Riguardo all'età, 5 appartenevano a malati al di sotto dei 30 anni; 7 fra i 30 e i 40; 8 fra i 40 e i 50; 20 al di sopra dei 50. Dei nostri casi, 28 si trovavano in scompenso di circolo; i 3 vizii di origine luetica presentavano uno scompenso a tipo ventricolare sinistro, con crisi di asma cardiaco, gli altri casi dimostravano i segni di insufficienza a tipo ventricolare destro e fatti di stasi più o meno grave nel piccolo e nel grande circolo. Praticando l'esame funzionale della tonicità miocardica con i diversi metodi, in tutti questi casi in scompenso si poteva mettere in evidenza un'alterazione contemporanea sia del tono che della contrattilità, mentre negli altri 12 casi i disturbi miocardici si limitavano ad una semplice ipotonia.

Il gruppo dei malati in scompenso era costituito da 10 vizii della mitrale (fra i quali i due combinati ad insufficienza aortica), i tre vizii aortici di origine luetica, 5 nefritici cronici e 10 arteriosclerotici, dei quali 7 con alterazioni della conduzione intraventricolare (due blocchi della branca destra di Tawara, 5 blocchi delle arborizzazioni).

In tutti questi casi in scompenso, prima di iniziare la somministrazione di chinidina abbiamo cercato di ricompensare il circolo, limitando in un primo tempo cibi e liquidi e mettendo il P. in assoluto riposo, passando solo in un secondo tempo alla somministrazione di digitale. In verità, tanto al riposo quanto alla digitale, la maggioranza di questi casi ha risposto poco. I cardiopatici valvolari erano quasi tutti dei miocarditici (in 6 l'autopsia ha poi confermato la diagnosi clinica): nei cardiosclerotici, i fatti clinici deponevano per ampie lesioni nutritizie e degenerative delle fibre. Controllando sistematicamente a periodi regolari lo stato funzionale del circolo in questi malati durante il primo periodo di terapia, in alcuni di essi non si vide modificare per nulla l'aspetto della reazione funzionale: erano i casi in cui l'elettrocardiogramma dimostrava la presenza di lesioni della conduzione intraventricolare. In altri casi le modalità della reazione venivano a diminuire. Solo in 4 casi però (2 cardiopatici valvolari e 2 cardiosclerotici) in seguito alla terapia si riusciva a modificare l'aspetto della reazione fino a far scomparire le reazioni di alterata contrattilità, residuando solo i segni di ipotonia del miocardio. In ogni caso, anche in questi casi non si passò mai alla terapia chinidica se prima non si potè constatare, se non la scomparsa, almeno una notevole riduzione degli edemi e dei fatti di stasi epatica e polmonare.

Anche nei casi dove erano evidenti esclusivamente disturbi di ipotonia del miocardio fu fatta precedere una somministrazione di digitale, alla dose giornaliera di 30 ctgr. di polvere ripetuta per 5 giorni. Anche in questi casi si ebbe un miglioramento notevole della dispnea e del senso di palpitazione che lo sforzo richiamava, mentre la prova funzionale dimostrava una rapida diminuzione di durata del periodo di dilatazione cardiaca iniziale che la esclusione del circolo femorale richiamava.

Messi così nelle migliori condizioni di esperienza, si passò alla chinidina (solfato), cominciando col saggiare la tolleranza individuale a dosi frazionate di 20 ctgr. ripetute il primo giorno per due, il secondo per tre, il terzo per quattro volte, fino a raggiungere somministrazioni giornaliere di un grammo e in certi casi di un grammo e mezzo *pro die*. Contemporaneamente i malati venivano seguìti attraverso due ordini di ricerche: *a*) controllo elettrocardiografico dell'aritmia, usando la derivazione sternale consigliata da Straub praticata per mezzo di elettrodi aghiformi infissi sotto cute; *b*) esame della funzionalità cardiaca, per mezzo della prova dinamica (osservazione delle modificazioni radioscopiche del cuore durante l'esclusione del circolo femorale) e della prova ortostatica (controllo ortodiagrafico delle modificazioni di forma e di diametri del cuore nel passaggio dalla posizione supina alla posizione eretta). Nei casi dubbi si ricorse anche alla prova farmacologica (iniezione endovenosa di 12 ctgr. di chinino e controllo radiologico delle modificazioni del cuore), per quanto questa, date le condizioni dei pazienti e la somministrazione giornaliera di chinacei, perdesse alquanto del suo valore nel caso concreto.

In generale, durante la somministrazione della chinidina si notò in tutti i casi una tendenza al rallentamento del ritmo di fibrillazione, fatto questo che è descritto da tutti gli Autori: questa tendenza si dimostrò tanto più spiccata e tanto più persistente, quanto più rapidamente i malati si avviavano verso la guarigione del processo. In nessun caso si ebbe la trasformazione della fibrillazione auricolare in vibrazione.

Nei nostri casi, la percentuale di risultati favorevoli alla terapia chinidinica non si dimostra in rapporto nè con la diversità di alterazione circolatoria, nè col tempo da cui l'aritmia si è stabilita, ma bensì esclusivamente con la diversa natura dell'alterazione miocardica dimostrata alla prova funzionale.

A) In generale i malati che alle prove funzionali avevano dimostrato *alterazioni isolate del tono cardiaco* a tipo di ipotonia hanno reagito tutti favorevolmente alla terapia: non hanno corrisposto invece quei casi che presentavano segni di alterazioni vere e proprie del tono, associate a disturbi di contrattilità.

Seguendo regolarmente il comportamento dei malati del primo gruppo sotto l'influenza della chinidina, noi vediamo i sintomi di ipotonia miocardica diminuire in modo progressivo, mentre contemporaneamente diminuisce la frequenza di fibrillazione. Nei casi molto favorevoli, questo effetto tonico della chinidina (modificazioni della prova funzionale, rallentamento della frequenza di fibrillazione) può essere osservato già dopo piccole quantità di chinidina, di poco superiori alla dose che nel cuore normale suole dimostrare azione tonica (20 ctgr.). Nel decorso ulteriore di questi malati, il rallentamento della frequenza di fibrillazione procede di conserva col regredire dei sintomi di alterata tonicità alla prova funzionale. Il ripristino del ritmo sinusale (cessazione della fibrillazione) coincide col ripresentarsi di una reazione normale di tonicità.

In nessuno di questi casi si sono verificati con la chinidina peggioramenti della contrattilità dimostrabili alla prova funzionale.

Anche quando fu raggiunto il ritmo normale, si continuò in genere la somministrazione della chinidina nella dose che si era dimostrata capace di sospendere l'aritmia. Il ritmo sinusale perdeva di giorno in giorno sempre più quel carattere di irregolarità che è costante nelle fibrillazioni guarite (Wenckebach e Winterberg (10)).

Questa regolarizzazione progressiva del ritmo sinusale che si manifesta quando si continua la somministrazione di chinidina, può servire come criterio prognostico. In genere, il fibrillante regolarizzato che ha tendenza a ricadere, non dimostra mai una regolarizzazione perfetta della attività sinusale; la tendenza alla ricaduta è preceduta anzi da una accentuazione delle irregolarità da parte del ritmo nuovamente ristabilito. Questo comportamento è apparso evidente sopra tutto in un malato di 54 a., affetto di nefrite cronica, il quale, dopo 4 grammi di chinidina, aveva dimostrato la scomparsa della fibrillazione con lo stabilirsi di un ritmo sinusale notevolmente irregolare.

Le aritmie sinusali si ridussero rapidamente in altri 2 giorni di terapia chinidinica, fino a raggiungere delle differenze massimali, fra rivoluzione e rivoluzione, non superiori ai 7 centesimi di secondo (il massimo della norma è rappresentato da 4 centesimi di secondo).

A questo punto si sospende la chinidina: il giorno seguente le regolarità sinusali si sono già accentuate: s'incontrano già, di quando in quando, differenze massimali anche di un decimo di secondo. Ciononostante la reazione funzionale non mette ancora in evidenza disturbi di tono. Le irregolarità sinusali si accentuano ancor più in terza giornata: in quarta giornata si ha già il ritorno della fibrillazione, mentre la prova funzionale rivela nuovamente i disturbi di tono, che si erano transitoriamente sospesi.

Fatto costante: il ripristino del ritmo sinusale coincide sempre con la scomparsa dei segni di ipotonia, i quali però ritornano col ripresentarsi della fibrillazione.

B) I casi dove alla prova funzionale, prima dell'inizio della cura chinidinica, esistono segni di alterata contrattilità persistenti anche dopo la cura digitalica, rappresentano sempre un insuccesso per la chinidina. Anche in questi casi però nei primi giorni si vede la frequenza di fibrillazione discendere lievemente, mentre lo slargamento alla riapertura del circolo femorale si fa progressivamente meno marcato. Però questo miglioramento è solo transitorio, in quanto ben presto si esaurisce. Se si insiste nella somministrazione di chinidina, in questi casi non solo non si raggiunge mai nè la modificazione della reazione di ipotono, nè la scomparsa della fibrillazione; ma si arrischia di provocare o disturbi gastrici oppure addirittura disturbi di gravità senza confronto maggiore, come quelli a noi capitati nei seguenti malati.

Nel primo caso si trattava di un giovane di 27 anni (S... Ilario), che a 12 anni aveva sofferto di un attacco reumatico grave, durato circa tre mesi e dal quale era residuato un vizio organico della mitrale. La cardiopatia si era mantenuta muta fino ai 15 anni, per poi dar luogo a qualche disturbo digestivo e a leggera tachicardia nello sforzo. A 25 anni però, in seguito a un violento trauma psichico, abbiamo il primo scompenso, per il quale il P. ricorre alla nostra clinica, con qualche edema alle regioni declivi, segni di stasi epatica e polmonare, diuresi scarsa, crisi dispnoiche al più piccolo movimento. Viene constatata elettrocardiograficamente una fibrillazione auricolare.

Sottoposto a terapia digitalica, i disturbi regrediscono rapidamente; dopo 20 giorni il P. lascia la clinica in discrete condizioni: persiste l'aritmia. Però, dopo qualche mese, in seguito ad un errore dietetico, egli è costretto a rientrare, con segni di scompenso.

Il cuore si presenta dilatato secondo tutti i diametri; all'elettrocardiogramma sempre evidente la fibrillazione. Si tiene il P. digiuno per un giorno, poi si somministra digitale: gli edemi regrediscono, il fegato si riduce: la dispnea e la cianosi si fanno meno intense. In queste condizioni dopo

---

(10) *Wien. Arch. f. inn. Med.*, 8/1.

4 giorni di digitale, si ripete la prova funzionale: i disturbi di contrattilità, per quanto diminuiti, persistono ancora: invariati i disturbi del tono. Dopo un giorno di riposo, si inizia la cura chinidinica, cominciando da 30 ctgr. *pro die*, passando poi, il secondo giorno, a 60 ctgr. e il terzo ad un grammo. Nei primi giorni il P. non accusa nessun disturbo: la frequenza di fibrillazione diminuisce in modo lento ma progressivo, mentre l'esame funzionale dimostra una lieve riduzione dei disturbi di tonicità. Però, quando si raggiunge la dose di un grammo, compare qualche disturbo da parte del P.: irrequietezza, senso di malessere a poca distanza dalla cartina. La frequenza di fibrillazione appare risalita lievemente; invariata la prova funzionale.

In 5ª giornata, mezz'ora dopo presa la prima cartina di chinidina, il P. viene preso improvvisamente da senso di oppressione precordiale, e da palpitazione intensa. L'esame elettrocardiografico dimostra una frequenza di fibrillazione 510: più marcate le dilatazioni alla prova funzionale. Si insiste nella chinidina, però il 6° giorno, mezz'ora dopo preso il primo mezzo grammo di chinidina, il P., colto improvvisamente da senso di mancamento, da angoscia precordiale, da vertigine, si fa cianotico, dispnoico: il polso è impercettibile, le estremità fredde, la cute ricoperta da sudore gelido. All'esame elettrocardiografico, la frequenza di fibrillazione è ancora ulteriormente aumentata e così pure appare ulteriormente aumentata la dilatazione del cuore alla prova funzionale. Si sospende la chinidina: il P. rimane in condizioni gravi tutta la giornata. Il giorno seguente si somministra nuovamente digitale, in seguito alla quale si verifica un certo miglioramento, fino ad attenuarsi, in qualche giorno, i disturbi di contrattilità che negli ultimi giorni della somministrazione di chinidina si erano notevolmente accentuati. Però lo stato del P. si mantiene sempre grave; solo dopo due mesi egli è in grado di lasciare la clinica per poi tornarvi dopo due mesi la terza volta in un peggioramento molto più grave, il quale lo conduce a morte. L'esame anatomo-patologico, oltre alla conferma della lesione valvolare, dimostra una miocardite cronica diffusa.

Questo caso, analogo per le modalità di insorgenza e per la sua gravità ai casi di Frey (11) e di Bock (12), va considerato insieme con un altro caso di nostra osservazione, dove i disturbi insorti durante la terapia chinidinica sono stati forse più gravi e sopratutto più persistenti.

Si trattava di una donna di 39 anni (F... Adele), la quale a 18 anni aveva sofferto di un attacco reumatico, da cui era residuato un vizio composto della mitrale. Il vizio era rimasto perfettamente compensato fino ai 29 anni: la P. si era maritata ed aveva condotto regolarmente a termine tre gravidanze senza disturbi particolari. A 29 anni, un nuovo attacco reumatico, in seguito al quale compaiono dispnea e palpitazione nello sforzo: dopo un terzo attacco reumatico, a 35 anni, inizia la serie degli scompensi: al quarto scompenso, la P. entra in clinica con segni di stasi epatica e polmonare e presenza di edemi alle regioni declivi. Il cuore si presenta dilatato secondo tutti i diametri: all'esame elettrocardiografico, fibrillazione auricolare con frequenza di 450.

Dopo 2 giorni di digiuno, si somministra la digitale: gli edemi rapidamente scompaiono, la diuresi riprende, diminuisce la stasi polmonare. Dopo 5 giorni si sospende la digitale: la fibrillazione è invariata: alla prova funzionale si dimostrano ancora alterazioni di tono e di contrattilità. Si somministra chinidina con le consuete precauzioni e nelle dosi già riferite.

Fino alla dose di un grammo, si assiste ad un progressivo e lento diminuire della frequenza di fibrillazione, mentre i disturbi della prova funzionale sembrano lievemente diminuire. Al secondo giorno però, mezz'ora dopo l'ingestione del primo mezzo grammo di chinidina, la P. è presa improvvisamente da senso di palpitazione, mentre il polso si fa quasi impercettibile.

All'elettrocardiogramma si dimostra un aumento della frequenza di fibrillazione; alla prova funzionale un marcato peggioramento. Si insiste nella chinidina: il giorno seguente, alla prima dose segue un vero e proprio collasso, con polso impercettibile, aumento della cianosi, dispnea vivissima, senso di oppressione precordiale.

Si soccorre con eccitanti: lo stato di adinamia persiste per tutta la giornata, durante la quale la prova funzionale dimostra marcati disturbi di contrattilità e di tono. I disturbi notevoli si continuano anche nei giorni seguenti, e solo dopo tre giorni di eccitanti è possibile riprendere la P., tanto da poter somministrare nuovamente la digitale. L'anno seguente la P., in un nuovo scompenso, viene ricoverata in clinica dove viene a morte. L'autopsia conferma il vizio valvolare, e mette in evidenza i segni di una miocardite cronica.

*
* *

Nei malati da noi studiati, tutti affetti da fibrillazione auricolare, la terapia chinidinica ha portato al ripristino del ritmo sinusale nel 40 per cento dei casi: percentuale questa che corrisponde approssimativamente a quella degli altri AA. L'interesse però dei nostri risultati sta nel fatto che la regolarizzazione si è avuta esclusivamente in quei casi dove la fibrillazione si accompagnava a disturbi isolati del tono miocardico, mentre è mancata completamente nei casi dove erano presenti, oltre ai disturbi del tono, disturbi della contrattilità. Questi risultati ci hanno messo in grado, dopo le prime esperienze, di prevedere l'esito della terapia chinidinica; attualmente la limitiamo solo ai casi di puro disturbo del tono, tralasciando quelli dove alle prove funzionali sono dimostrabili disturbi di contrattilità resistenti anche all'uso della digitale. Un altro fatto che a noi interessa rilevare è il ridursi progressivo dei disturbi di tono nel progredire della terapia chinidinica verso un miglioramento, parallelamente al ridursi della frequenza di fibrillazione. Nei casi di intol-

(11) L. c.
(12) *Med. Klinik*, 1921.

leranza alla chinidina, nei giorni precedenti abbiamo potuto mettere in evidenza un aumento della frequenza di fibrillazione e dei peggioramenti nei reperti delle prove funzionali. Gli incidenti della terapia chinidinica sono prevedibili, quando si segue il malato accuratamente mediante l'elettrocardiogramma e gli esami funzionali.

In generale, in tutti i casi in cui il ritmo sinusale fu ristabilito, il miglioramento fu solo temporaneo: in qualche caso il ritorno della fibrillazione si ebbe dopo pochi giorni. Il caso di massima durata del ritmo normale fu di 7 mesi, in una ammalata di vizio doppio della mitrale; durante questi 7 mesi gli esami funzionali dimostrarono costantemente una reazione tonica normale, mentre al riprendere dell'aritmia ricomparvero i disturbi del tono. In tre casi, dopo la recidiva, fu possibile richiamare nuovamente il ritmo sinusale mediante una nuova somministrazione di chinidina: in due casi per tre volte di seguito. Però anche qui il risultato fu solo transitorio. Il ritorno del ritmo sinusale si accompagnò a notevole miglioramento del circolo.

Vogliamo porre l'attenzione sul fatto che anche la ricaduta della fibrillazione può esser prevista dall'aumento delle irregolarità sinusali.

Questi fatti sembrano confermare la ipotesi del Pende, a cui noi abbiamo dato la conferma sperimentale, che la fibrillazione auricolare, a prescindere dalla cardiopatia sulla quale essa s'impianti, sia mantenuta da uno stato di ipotonia del miocardio. Le esperienze di Gossage dimostrano che le fibre cardiache ipotoniche presentano una eccitabilità notevolmente aumentata, e perciò permettono con facilità l'insorgenza di extrasistoli. In una orecchietta ipotonica, e perciò sovraeccitabile, è facile lo stabilirsi di movimenti circolari, che sono il sostrato alla fibrillazione. Il ritorno della tonicità normale, diminuendo la eccitabilità delle fibre, può far cessare a fibrillazione. Da ciò è possibile pensare che la chinidina agisca sull'orecchietta fibrillante ripristinando il tono normale per azione o diretta sulla muscolatura, o indiretta attraverso il sistema nervoso: la normale tonicità ricondurrebbe la normale eccitabilità e quindi l'interruzione del movimento circolare. Lo aumento della fase refrattaria dimostrato da Lewis sarebbe solo un fenomeno secondario, che si produce attraverso la normalizzazione del tono. Dove la fibra muscolare è così profondamente alterata (miocardite) da presentare una contrattilità anormale, la chinidina non solo non ha nessun vantaggio ma è addirittura controindicata. In precedenti esperienze noi abbiamo dimostrato che nei cuori miocarditici la tolleranza al chinino è diminuita: dosi che nel cuore normale dimostrano una azione nettamente tonica, in cuori ad alterata struttura muscolare possono richiamare azioni depressive, analoghe a quelle delle dosi tossiche. La tossicità del chinino rispetto al cuore è diversa a seconda dello stato funzionale della fibra miocardica: è minima nei cuori normali, massima nei cuori miocarditici. Nei due casi di intolleranza grave osservati nel corso della terapia chinidinica abbiamo veduto queste intolleranze legate profondamente a fatti tossici di depressione della contrattilità nel miocardio in conseguenza alla chinidina. È da notare che i fenomeni d'intolleranza si sono presentati appunto quando si erano raggiunte delle dosi abbastanza elevate.

La terapia chinidinica è indicata solo nei cuori con alterazioni funzionali della tonicità: controindicata nei cuori miocarditici con alterazioni di contrattilità.

La fibrillazione auricolare è un sintoma di alterata tonicità del miocardio, il quale si può presentare anche nelle alterazioni più profonde della fibra a carattere miocarditico. Anche le irregolarità sinusali che permangono dopo sospesa la fibrillazione si possono spiegare con i disturbi del tono: esse sono diminuite dall'azione tonica della chinidina che riduce le differenze massimali.

Dalle nostre esperienze sembra confermato che la chinidina agisce sulla fibrillazione per le sue proprietà toniche, superiori a quelle del chinino, a cui per questo è preferibile. Una ulteriore prova a quanto noi affermiamo ci è data da recentissime esperienze eseguite nel laboratorio di Lewis e pubblicate recentemente nell'*Heart* (1926/I). Per la cura della fibrillazione auricolare fu tentata la veratrina, con successo, in parecchi casi. Ora è risaputo che l'azione delle piccole dosi di veratrina si esercita direttamente sulla muscolatura, e specialmente sulla sostanza sarcoplasmatica, aumentando il tono della fibra. Con un meccanismo analogo, chinidina e veratrina agirebbero sul cuore fibrillante ristabilendo il ritmo sinusale attraverso un'azione normalizzatrice della tonicità del miocardio.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALI RIUNITI DI MONTEPULCIANO
Sezione Chirurg. diretta dal prof. LUCA FIORAVANTI.

Sopra un caso di ernia crurale tubo-vescicale strozzata.

Dott. PELLEGRINO BARICCI, assistente.

Tra le ernie, che costituiscono un grande contingente operatorio, capita qualche volta di trovare, specialmente in rapporto al loro contenuto, delle varietà tanto rare da meritare di essere riferite per considerazioni cliniche e patogenetiche. E d'altronde è opportuno non trascurarne l'illustrazione perchè la loro conoscenza serve ad evitare ulteriori errori diagnostici e ad indirizzare giustamente il nostro criterio prognostico e la nostra opera chirurgica.

Negli anni molto remoti si consideravano come varietà rare le ernie degli annessi uterini; oggi invece la pratica ha dimostrato che, specialmente nelle ernie inguinali della donna, dopo l'intestino e l'omento, il contenuto che più spesso capita di osservare nel sacco è proprio costituito dagli annessi uterini.

È invece veramente raro che si erni soltanto la tuba (caso di Vorgh-Berard-Brunner-Delbeau-Leyars-Walter-Maccagno) la quale in generale si presenta insieme all'ovaio, a cui è legata da strette connessioni anatomiche.

Ed è anche più raro, veramente eccezionale, il caso che è capitato alla nostra osservazione e che è oggetto di questa nota illustrativa nel quale la tuba, da sola, senza l'ovaio, costituiva insieme con la vescica il contenuto di un ernia crurale destra strozzata.

La mattina del 18 maggio 1925 viene trasportata e ricoverata d'urgenza nella sezione chirurgica di questo Ospedale una donna, certa F. Caterina, di anni 43, di Nottola (Montepulciano) con diagnosi di ernia crurale destra strozzata.

Riferisce che la madre sua è stata erniosa e che lo è pure un suo fratello di 35 anni; è di costituzione forte e sana. Mestruata a 16 anni, ha avuto sempre mestruazioni frequenti, abbondanti e dolorose. È maritata da 25 anni; ha avuto 4 gravidanze normali e 2 aborti. Da tre anni si è accorta di un gonfiore alla radice della coscia destra diagnosticato dal suo medico per un'ernia crurale. Questa si è accresciuta gradatamente rendendosi parzialmente irriducibile e causando spesso difficoltà ed ostacolo all'orinazione.

Circa 20 ore fa, mentre curva in avanti cercava di sollevare un peso, ha sentito un dolore acutissimo in corrispondenza dell'ernia che si è fatta più tesa e più voluminosa. Il dolore si è irradiato a tutto l'addome ed è comparso anche l'eccitamento al vomito; l'alvo non si è chiuso completamente.

Il medico, che l'ha visitata solo da qualche ora, ha riconosciuto lo strozzamento dell'ernia ed ha inviato subito l'ammalata in ospedale.

Al momento del suo ingresso in corrispondenza della regione crurale di destra appare una tumefazione ovoidale della grossezza di un uovo, ricoperta da cute lievemente arrossata: ha superficie liscia, consistenza elastica e la palpazione riesce dolorosissima, mentre la percussione rivela ottusità assoluta.

Previa anestesia lombare novocainica il primario prof. Fioravanti pratica sulla tumefazione, in corrispondenza dell'anello crurale, un'incisione curvilinea della cute e del cellulare sottocutaneo, lunga 9 centimetri. Aperto il sacco sottile fuoriesce una discreta quantità di liquido sierosanguinolento ed appare un organo tubolare a forma di ansa, grosso come un dito e di colorito rosso-scuro.

Incidendo largamente il sacco si nota in corrispondenza della sua parete postero-interna una bozza tesa della grossezza di un uovo di piccione, che si riconosce per un organo muscolare cavo e precisamente per la vescica. Ha sede extra-peritoneale ed è accollato al sacco di cui rafforza la parete interna.

Dopo aver praticato uno sbrigliamento del colletto si esercita una leggera pressione sull'organo tuboliforme erniato e si riesce a tirare all'esterno anche buon tratto della sua porzione endoaddominale.

È facile riconoscere che si tratta della salpinge perchè appare la fimbria con le sue smagliature e perchè si accerta la sua continuazione con l'utero. In corrispondenza del cingolo strozzante i due capi dell'ansa tubarica erniata presentano un solco circolare, ischemico assai marcato e la parete si presenta notevolmente assottigliata. L'ansa erniata della tuba appare arrossata, edematosa ed ingrossata rispetto a quella endoaddominale che appare normale.

Dopo avere asportata la tuba, previa legatura e cauterizzazione del moncone uterino, dopo aver ridotto la vescica distaccata dal contorno del'anello crurale, si allaccia e si asporta il sacco, se ne affonda il moncone insieme con la bozza vescicale e si riuniscono con punti isolati di seta, il legamento del Poupart e quello di Cooper, completando così la cura radicale dell'ernia crurale secondo il metodo adottato nella Clinica chirurgica di Firenze.

Allo scopo di stabilire le eventuali cause che possono aver determinata o facilitata l'ernia della salpinge si eseguisce, dopo alcuni giorni un esame vaginale il quale fa constatare la presenza di un fibroma interstiziale del fondo dell'utero, della grossezza di un'arancia.

L'interesse di questo mio caso è dato:

1) dalla presenza di uno solo degli annessi uterini, la tuba insieme con la vescica nello stesso sacco erniario;

2) dalla sede crurale di quest'ernia tubo-vescicale;

3) dall'insorgenza dei fenomeni di strozzamento.

Nelle indagini bibliografiche che mi è stato possibile di fare non ho trovato che due soli casi d'ernia nel cui sacco coesistesse con la vescica

la sola salpinge. Uno di questi casi appartiene al Leyars ed è riferito nella *Rev. Chir.* del 1893. L'altro appartiene al Dardanelli ed è descritto nella *Riforma Medica* del 1910.

La rarità di questa compartecipazione erniaria dei due visceri, la salpinge e la vescica, è giustificata dai loro rapporti anatomici tanto diversi. È logico pensare che il meccanismo ed il momento per il quale e nel quale si erniano non sia uguale e neppure contemporaneo, ma diverso e successivo. Si può ritenere che nel mio caso si sia in un primo tempo costituito un cistocele paraperitoneale nel cui sacco la tuba è stata sospinta solo successivamente in virtù di diverse circostanze che hanno facilitato e resa possibile una simile evenienza.

Non si deve trascurare, sotto questo rapporto, l'influenza degli sforzi ripetuti sopportati dalla paziente per il suo mestiere di contadina, la rilassatezza dei legamenti larghi per pregresse e ripetute gravidanze, ma soprattutto si deve tener conto che sul fondo dell'utero erasi sviluppato un fibroma interstiziale. Questo, producendo un allungamento dei legamenti infundibulo-pelvici di Henle, deve aver permesso l'inclinazione dell'utero e quindi l'avvicinamento della salpinge all'anello crurale e successivamente, per un movimento di torsione provocato nell'utero deve aver permesso che la tuba, sotto l'impressione di uno sforzo, si insinuasse nella ernia crurale. Vi è poi anche da tenere in considerazione l'azione traente esercitata sul peritoneo adiacente alla salpinge, dal cistocele nel suo graduale progressivo accrescimento.

Accennavo più sopra che è anche interessante, nel mio caso, la sede crurale di quest'ernia tubovescicale. Infatti le ernie degli annessi uterini sono quasi sempre inguinali. Nel caso poi di ernia tubo-cistocele, data la rarità del cistocele crurale, si comprende come a più forte ragione sede di preferenza debba essere la inguinale, quale era infatti nel caso del Leyars, e di eccezione la crurale, quale era nel caso da me ricordato.

La realtà degli strozzamenti tubarici per opera dell'anello crurale e del colletto del sacco viene ammessa da tutti (caso di Brunner-Walter-Abodie) e nel mio caso, all'atto operatorio, per ottenere l'estrinsecazione della tuba fu necessario appunto lo sbrigliamento dell'anello crurale strozzante; evidente e netto risultò il contrasto tra la parte erniata strozzata flaccida e di colorito nerastro e la parte non erniata endoaddominale di colorito ed aspetto normale.

Clinicamente è degno di rilievo, nel mio caso, la mancanza di un ostacolo assoluto alla canalizzazione intestinale e la preesistenza di disturbi nell'orinazione; per cui mentre si potè escludere la partecipazione dell'intestino dallo strozzamento si potè ammettere l'esistenza di un cistocele.

La tuba rappresentò una sorpresa operatoria: la sua differenziazione dalla appendice vermiforme fu resa possibile dallo sbrigliamento erniario, il quale permise di constatare la sua continuazione con l'utero.

NOTE DI TECNICA.

L'uncino di Kirmisson per l'estrazione di monete e corpi estranei simili dall'esofago.

Dott. ALDO AVONI, libero docente di patologia chirurgica nella R. Università di Bologna.

Non mi occupo del capitolo riguardante la patologia dei corpi estranei dell'esofago; vorrei solo richiamare alcune particolarità su quanto concerne l'estrazione delle monete e corpi simili per mezzo dell'uncino di Kirmisson. Lo spunto mi è dato da una breve nota del dott. Pietrino Castagna, Direttore dell'Ospedale Civile Mandamentale di Valentano, comparsa nel *Policlinico*, Sezione pratica, 1926, fasc. 5, dal titolo: *Su due casi di estrazione di corpi estranei dall'esofago. Contributo casistico-clinico.*

Durante il mio servizio di aiuto nella 2ª Sezione Chirurgica dell'Ospedale Maggiore di Bologna diretta allora dal prof. U. Monari, ebbi occasione di estrarre e vedere estrarre dall'esofago di bambini monete e bottoni per mezzo dell'uncino di Kirmisson con rapidità massima, con piena sicurezza, con perfetta innocuità.

I casi osservati e operati personalmente sommano a sette: tutti bambini da uno a quattro anni che avevano inghiottito monete vecchie da 5 centesimi (4 volte), da 10 centesimi (2 volte) e bottoni della grandezza un po' maggiore di quella delle vecchie monete da 10 centesimi (una volta). Dico subito che sistematicamente i piccoli pazienti erano inviati al Gabinetto Radiologico per controllare il racconto dei famigliari; per stabilire cioè l'effettiva presenza, l'altezza e la disposizione nell'esofago del corpo estraneo. Le risposte dei Radiologi furono sempre identiche nel senso che i reperti mostrarono con uniformità costante le monete e corpi estranei simili (bottoni) disposti trasversalmente col margine a ridosso della parete laterale esofagea, all'altezza del giugulo (seconda porzione ristretta dell'esofago nel punto di biforcazione tracheale).

E questo reperto uniformemente costante era fornito non solo dai casi da me inviati all'indagine radiologica ogni qualvolta era chiamato per

liberare i pazienti, ma anche da quanti erano osservati e inviati allo stesso controllo da colleghi di altre sezioni chirurgiche (senza contare quelli operati dai primari).

In base dunque al reperto positivo dei raggi, si disponeva il piccolo paziente avvolto in un lenzuolo o in una coperta con le braccia penzoloni, ben fermo tra le gambe di un infermiere con la testa in estensione. Si introduceva poscia l'indice della mano sinistra tra le arcate dentarie protetto da un ditale metallico snodato, oppure si manteneva la bocca aperta con un apribocca e, deprimendo con questo dito indice la base della lingua, si riconosceva l'epiglottide e più indietro l'apertura esofagea: con la mano destra si introduceva nella cavità orale, sulla guida dell'indice sinistro, l'uncino di Kirmisson in modo da raggiungere con esso il fondo della faringe (manovra assai facile per la grande flessibilità dello strumento il cui estremo libero si può piegare in avanti fin che si vuole).

Di qui l'uncino si faceva procedere in basso con *grande dolcezza e con estrema facilità*, poichè, come ormai è sicuramente dimostrato, esso *scivola quasi automaticamente lungo la faccia posteriore dell'esofago e tra questa e il corpo estraneo che oltrepassa senza spostarlo.*

Facendogli poi fare il cammino inverso, cioè ritirandolo, sempre con *dolcezza e prudenza* esso *carica* e trattiene sáldamente il corpo estraneo che non si sposta affatto poichè il suo margine laterale poggia contro la parete esofagea; raggiunto e oltrepassato l'anello della cricoide, questo corpo estraneo è ben visibile e facilmente afferrabile. Così fatto intervento *semplicissimo e innocuo* (pare quasi incredibile come si sia potuto uncinare la cricoide) — almeno se praticato a distanza non troppo grande dall'ingestione, alcuni giorni — risparmia al chirurgo e al malato l'esofagotomia esterna, atto operatorio di prognosi molto seria forse indicato soltanto nei casi di antica data con lesioni più o meno accentuate a carico delle pareti esofagee.

Per l'esperienza mia e dei colleghi e sopratutto per i dati forniti dall'esame radiologico praticato sistematicamente prima di procedere all'estrazione, credo si possa affermare che le monete e i corpi estranei simili si dispongono sempre in senso trasversale rispetto all'asse dell'esofago e si arrestano a livello del giugulo (seconda porzione ristretta dell'esofago).

Tale costanza di reperti in armonia perfetta con quanto del resto trovasi pubblicato permette, credo, di affidare anche al pratico l'uso di questo strumento veramente prezioso ed innocuo. Che la operazione poi possa essere eseguita con tutta tranquillità, quasi come un semplice sondaggio dell'esofago e dello stomaco, è provato dai risultati ottenuti da me e da colleghi ancor giovani, tutti assistenti d'Ospedale, all'inizio o quasi della carriera e con pratica chirurgica non molto vasta.

Per cui non crederei opportuno mettere in guardia con difficoltà inesistenti o esagerate il pratico contro l'impiego tempestivo dell'uncino di Kirmisson per l'estrazione di monete e corpi estranei simili, facendogli perdere un tempo prezioso nella ricerca spesso vana o troppo lunga di un collega specializzato: mentre da solo, dopo una semplice indagine radiologica quasi sempre a portata di mano, egli può essere in grado di arrecare piena tranquillità alle famiglie e vantaggio inestimabile ai piccoli pazienti.

NOTE POLEMICHE.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA GENERALE
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
diretto dal prof. E. TRICOMI.

Resezioni e plastiche del coledoco

per il dott. S. LATTERI, aiuto di Clinica e libero docente di Patologia Chirurgica, Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria.

Nel n. 27 della Sezione Pratica del *Policlinico*, in data 5 luglio 1926, ho letto una breve nota del prof. Caponetto, dal titolo « Resezioni e plastiche del coledoco », e sono subito corso a rivedere gli atti della trentunesima adunanza della Società Italiana di Chirurgia, col timore che il tipografo avesse trascurato di stampare alcune pagine del mio contributo sulla « Ricostituzione sperimentale del coledoco ». Ho trovato invece tutto in ordine. Da ciò ho dovuto arguire, con grande rincrescimento, che il prof. Caponetto avesse letto molto superficialmente il mio lavoro; non altrimenti saprei spiegarmi le asserzioni del collega.

Egli nella sua nota comincia col dolersi di avere trascurato « per un cumulo di circostanze, d'indole più o meno privata » di continuare ad occuparsi di plastiche del coledoco « avendo non solo promesso di insistere ma consigliato di perseverare in tale studio sperimentale fin dal 1914, quando, trattando della *cura chirurgica della calcolosi epatica*, non trascurai di occuparmi dal lato sperimentale delle anastomosi resezioni e plastiche del coledoco ». E pare che non se ne sarebbe più voluto occupare se sfogliando gli atti della Società It. di Ch. (ottobre 1924) non avesse letto nel mio lavoro « Ricostituzione Sperimentale del coledoco » quanto io scrivo a pag. 409: « **Per**

quanto mi sia noto la tecnica da me eseguita ed i risultati ottenuti non sono stati illustrati da alcun altro autore ».

« Mai come oggi, scrive il prof. Caponetto, mi son sentito mordere dal rimorso della mia indolenza non avendo sino ad oggi pensato a far conoscere quanto io scrissi nel 1914... ».

E qui sento il bisogno di domandar venia al Ch.mo Collega s'io, prima di entrare in merito alla questione, gli dichiari francamente che quest'occasione non si prestava affatto. Il prof. Caponetto dopo avere sommariamente illustrato i suoi esperimenti, si congratula con me « dell'idea genialissima » *che fu anche la sua.* Orbene, posso sin da ora assicurare il Collega, anche perchè Egli non abbia ad avere rimorsi della sua indolenza, che *la tecnica da me eseguita ed i risultati ottenuti non sono stati illustrati nè da lui, nè da altri prima di me.*

E glielo dimostro subito riportando ciò che ha fatto lui e ciò che ho eseguito io.

Il prof. Caponetto nel suo lavoro si è pure occupato delle plastiche del coledoco: « ...mi son servito di tutti i mezzi giovandomi ora di lembi epiploici liberi, di lembi decorticati dalla faccia interna delle pareti addominali, di tubicini di gomma che ricoprivo di epiploon, senza trovarne uno rispondente allo scopo prefissomi e desiderato ». Ha eseguito queste prime esperienze « solo per controllare i risultati da altri ottenuti ». In seguito « avendo potuto constatare... come l'epiploon si attacchi bene alle parti sulle quali si adatta, pensai utilizzarlo, scrive il prof. Caponetto, nella resezione del coledoco creando un sostegno ben diverso del solito comune tubo di gomma... un sostegno dico che potesse durare sino a che la parte trapiantata (epiploon), aderendo, non avesse ristabilito la continuità del coledoco. Pensai pertanto al catgut e mi son servito del n. 0 e del n. 1 per dare dei punti fra i monconi del coledoco resecato. Ne ho dati sempre 4 in corrispondenza degli estremi dei due diametri perpendicolari del cerchio virtuale raffigurante il lume del dotto. Su queste anse così disposte, e lunghe quasi quanto la porzione di coledoco resecato, ho adattato, avvolgendolo, un doppio strato di epiploon, che agli estremi, o meglio agli orli terminali, ho assicurato con punti al catgut sottilissimo, alle superfici sierose dei monconi del canale, ed in due casi al duodeno, dove vi sbocca il coledoco ». I cinque cani operati in questo modo sono morti dalle 24 ore ai 4 giorni.

E questa in breve la tecnica illustrata dal prof. Caponetto. Confrontiamola adesso con quella ch'io ho eseguito nei miei esperimenti: « laparotomia sopraombelicale; messa allo scoperto la colecisti si attira all'esterno ed in alto per mezzo di una kocher sprovvista di denti. Si ricerca il duodeno e si porta anch'esso all'esterno, stirandolo verso il basso. In tal modo, nello spazio compreso fra colecisti e duodeno, si rendono evidenti le grosse vie biliari extraepatiche, in ispecie il coledoco. Nella porzione alta di quest'ultimo si applica, a mezzo di un Deschamps, un filo di catgut n. 1 e si annoda con forza in modo da determinare la necrosi del condotto. Un cm. circa al di sotto di questo punto di legatura si taglia parzialmente il coledoco in modo da interessare soltanto la semicirconferenza anteriore (1° gruppo di esperimenti), o totalmente, in modo da determinare un'interruzione completa (2° gruppo di esperimenti), ovvero se ne asporta un tratto di 1-2 cm. (terzo gruppo di esperimenti). Nei casi di ferite parziali non si applica alcun punto di sutura, in quelli di ferite totali semplici o con perdita di sostanza i monconi recisi vengono posti a contatto a mezzo di un filo di catgut 00 che attraversa a tutto spessore il capo distale e quello prossimale. In tutti e tre i gruppi di esperimenti al di sopra della soluzione di continuità del coledoco vi si pone un lembo epiploico peduncolato, che si fissa ai tessuti vicini per mezzo di un punto di sutura in catgut. Si rimette a posto il duodeno e si pratica, con la comune tecnica, la colecistostomia... In tutti gli animali il decorso post-operativo fu ottimo. La fistola biliare, stabilitasi con la colecistostomia, si chiuse dai 28 ai 64 giorni ».

Questa la tecnica da me eseguita ed i risultati ottenuti. Nelle considerazioni al lavoro scrivevo: « I risultati conseguiti con la tecnica che ho avuto già occasione di enunciare, denotano la completa ricostituzione della via biliare nei casi di ferite parziali o totali del coledoco, con o senza perdita di sostanza: se si pone un laccio al di sopra della lesione e si mettono a contatto i due monconi recisi con un semplice punto di sutura, praticando la deviazione della bile all'esterno, si ottiene il ripristino della corrente biliare.

L'interpretazione genetica dei risultati ottenuti può così brevemente riassumersi: per il processo di necrosi che si verifica in quel breve tratto delle pareti del coledoco compresse fortemente dal laccio circolare, quest'ultimo, cioè il laccio, finisce ben presto col cadere nel lume del condotto, che, in tal modo, ritorna ad essere pervio. Contemporaneamente a ciò i due monconi recisi e messi a contatto, non disturbati nel processo di guarigione dalla bile, stabiliscono fra di loro delle rapide aderenze, capaci col ripristino della corrente ad incanalare la bile completamente verso il duodeno e non permettere l'infiltrazione della bile stessa nei tessuti vicini e tanto meno il suo versamento

nella cavità peritoneale. Al determinismo di queste aderenze partecipa senza dubbio l'omento col suo grande potere plastico.

Nel mentre si verificano tali modificazioni nel coledoco, la colecistostomia assicura la deviazione della bile verso l'esterno. Ma appena si avvera il ripristino del circolo biliare, la fistola, stabilitasi con la colecistostomia, tende rapidamente verso la guarigione e finisce col chiudersi... Per la riuscita dell'atto operativo è condizione assolutamente necessaria che il filo circolare venga fortemente annodato... ».

Orbene, dopo avere esposte le sue e le mie ricerche, non vedo quale nesso vi possa essere fra di loro. Che il Prof. Caponetto voglia alludere ai quattro fili di catgut, interposti fra i due monconi « e lunghi quasi quanto la porzione di coledoco resecato », e ricoperti di epiploon? Ma questa tecnica, oltre a non aver nulla a che fare col criterio informativo del mio lavoro, è da me implicitamente non consigliata, quando scrivo: « ... Altro dato che bisogna tenere presente è quello di mettere bene a contatto i due monconi recisi, per evitare che delle barriere di connettivo neoformato, proveniente dai tessuti vicini e specialmente dall'omento, si interpongano fra i due monconi e determinino l'obliterazione permanente del coledoco ».

Ciò è quello che mi ripromettevo di dimostrare. Prima di porre termine debbo domandar venia al prof. Caponetto se non ho riportato il suo lavoro nella bibliografia. Ciò è dovuto, in parte, al fatto ch'esso non è pubblicato nei giornali di medicina (una semplice recensione pubblicata in qualche giornale, dal titolo « chirurgia della calcolosi epatica », è facile che sfugga) ed in parte al dato che quasi tutti i lavori che si occupano di plastiche del coledoco, almeno quelli ch'io sin'oggi ho consultato, non riportano le ricerche del prof. Caponetto. Anche lavori recentissimi ed assi pregevoli come quelli del Lupi (Ricostruzione della via biliare principale. *Annali Italiani di Chirurgia*, a. III, fasc. 7, 1924) e dell'Alessandri (Modo di ristabilire la comunicazione col duodeno in casi di gravi ed estese distruzioni delle vie biliari. *Archivio ed Atti della trentaduesima adunanza della Società Italiana di Chirurgia*, Roma, ottobre 1925, pag. 472) non accennano affatto ad esse.

Ed avrei così terminato, se infine non sentissi il dovere di ringraziare, dopotutto, il prof. Caponetto dell'occasione offertami di ritornare ancora una volta sui miei esperimenti, che non hanno affatto la pretesa di costituire « un'idea genialissima », ma soltanto il pregio di non essere stati, prima di me, eseguiti da alcun altro.

SUNTI E RASSEGNE.

SEMEIOTICA.

I segni della morte reale.

(RICCARDO CARDENAL SANCHEZ. *Medicina Ibera*, 5 giugno 1926).

In seguito alla pubblicazione di un articolo di un giornale quotidiano, che gettava l'allarme sulla frequenza di seppellimenti di persone in stato di morte apparente, fino a dichiarare con un medico inglese, che la terza parte di essi si effettuano in persone vive, l'A. richiama l'attenzione su questo argomento, che ha sempre destato grande interesse nei tecnici e nei profani. Fin dall'antico questo argomento è stato discusso e oltre ad aver dato luogo a tema di romanzi, di drammi e di articoli scientifici, ha prodotto disposizioni negli ospedali contro tale eventualità e addirittura associazioni per la prevenzione del caso. I fatti narrati però non sempre sono stati accertati, tanto che Balthazard ha potuto asserire, che non esiste una sola osservazione accertata di inumazione prematura, qualora il cadavere sia stato osservato da un medico.

Allo stato attuale della medicina non è possibile confondere uno stato di morte apparente con uno stato di morte reale, poichè esistono numerosi segni che ne permettono la differenziazione. Di essi segni alcuni sono incerti e possono aver valore solo se parecchi di essi si verificano nel medesimo caso. I più importanti sono: il pallore, la risoluzione muscolare, la perdita della sensibilità, della mobilità, della respirazione e del polso, il rilasciamento degli sfinteri, la coagulazione del sangue, l'ipotensione dei globi oculari, velo corneale, caduta della mascella inferiore, mancanza di sudore, fetore, ecc.

Esistono poi i *segni di certezza* i quali però non sempre possono essere ricercati. L'A. li enumera, criticandoli volta per volta.

Rigidità cadaverica, che secondo alcuni AA. non manca mai. Può apparire precocemente come nei casi di avvelenamento per stricnina o di tetano, sia più tardi. È generalizzata a tutto il corpo dopo dodici ore ma non tutti gli AA. son d'accordo nel dichiarare in quali muscoli si verifica prima. La durata di essa subisce l'influenza delle condizioni atmosferiche, quindi talora non di caratteri precisi.

Ipostasi cadaverica. Si presenta tre a cinque ore dopo la morte, occupa sempre i piani declivi. Buon segno, ma si deve differenziare dalle ecchimosi fatte in vita.

Perdita della contrattilità idiomuscolare e del l'eccitabilità elettrica. Sarebbe un ottimo segno, se si presentasse precocemente, mentre invece la comparsa del fenomeno è in relazione colla scomparsa della rigidità.

Peso del cadavere. Si basa sul fatto che nel vivo, dopo aver iniettato una certa quantità di liquido, il peso non aumenta, nel cadavere sì. Questo segno non è pratico, perchè ha bisogno di bilancie precise e bisogna aspettare ventiquattro ore dopo l'iniezione per effettuare l'osservazione.

Esame del cuore e della circolazione:

1) ascoltazione del cuore, prolungata per cinque minuti su ciascun focolaio;

2) cardiopuntura, pericolosa se si sospetta la morte apparente;

3) arteriotomia, la sezione della radiale o della temporale rappresenta un segno di assoluta certezza;

4) oscillometria, esaminata col Pachon non solo alla radice degli arti, ma eventualmente anche con un manicotto toracico;

5) la prova della fluorescina: iniettando grande quantità della sostanza, si colorano in due ore tutti i tessuti e per primi gli occhi. Non è una prova pratica;

6) segno della ventosa: applicata sulla regione ombelicale, non produce sul cadavere l'ecchimosi caratteristica;

7) transilluminazione del lobulo dell'orecchio, raccomandata dall'A., osservato in camera oscura o attraverso un tubo di cartone, che nel vivo fa osservare un colorito rosso intenso uniforme, nel cadavere macchie oscure di diversa intensità.

Prove tanatoftalmologiche. Istillando nell'occhio qualche goccia di etere o di dionina manca nel cadavere qualunque reazione congiuntivale, che si ha invece sempre nel vivo. L'A. consiglia di istillare una soluzione all'1 % di mentolo in olio di vaselina, che è innocua e dà reazione rapidissima.

Perdita dell'elasticità della pelle (metodo della forcipressione di Icard). Pinzando la pelle per cinque minuti permangono le impronte della pinza per circa venti minuti nel vivo, nel cadavere definitivamente.

Prova della puntura ipodermica. Si trafigge la pelle con un ago grosso, che si mantiene in sito per cinque minuti. In vicinanza della regione si infigge un altro ago in modo che colla sua punta vada a corrispondere al foro lasciato dal primo. Iniettando allora con forza un liquido qualsiasi, si vedrà nel cadavere uscire a zampillo dal primo foro.

Segni di putrefazione. Danno la sicurezza assoluta della morte. Si può svelare la putrefazione latente con striscie di carta imbevute in soluzione di acetato di piombo, che si mettono nel naso e nella bocca. L'annerimento della carta dimostra la putrefazione (reazione solfidrica di Icard). A questo proposito però bisogna ricordare che la reazione stenta a comparire in inverno, o può essere positiva per la presenza di un cancro.

Si può saggiare infine l'acidità del plasma e dei visceri, che diventano acidi solo dopo la morte (tranne il succo gastrico, il sudore e l'urina) e ritornano alcalini almeno dodici ore dopo la morte per la putrefazione ammoniacale.

Vari sono i metodi atti a saggiare l'acidità degli umori. Icard adopera un filo di cotone che si passa attraverso la pelle. Sul filo impregnato dagli umori dell'organismo; si saggia l'acidità colla comune carta di tornasole.

È una prova di grande certezza.

Concludendo l'A. afferma che pur non esistendo alcun segno infallibile di morte reale, esistono molti segni certi, che ricercati dal medico danno l'assoluta sicurezza di evitare gli errori.

M. CAJA.

SISTEMA SCHELETRICO.

Fratture isolate delle apofisi trasverse delle vertebre lombari.

(P. WIART. *Revue d'Orthopédie*, 1925, n. 6).

Le fratture isolate delle apofisi trasverse lombari sono rimaste per lungo tempo sconosciute: la prima osservazione risale solamente al 1891, e Tanton nel 1910 ne aveva raccolti 17 casi. La radiografia ha notevolmente accresciuto il numero dei casi diagnosticati, cosicchè attualmente ne sono stati pubblicati 60.

L'A. a proposito di un caso occorsogli nel suo reparto dell'Ospedale Lariboisière si diffonde a parlare sull'argomento. La frattura limitata ad una sola apofisi costituisce la regola; relativamente frequente è la lesione di due o tre apofisi; rarissima quella di 4 o 5 apofisi dello stesso lato. La sede della linea di frattura è costante: l'apofisi si spezza in quel punto che potrebbe chiamarsi il suo collo. La linea di frattura quasi sempre unica, può essere talora doppia. La sua direzione è molto varia: in un buon numero dei casi è obliqua dall'alto al basso e dal dentro in fuori, ma può essere anche verticale od obliqua in basso e in dentro. Il frammento libero può trovarsi in sede o più o meno lontano senza regola alcuna. Quando lo spostamento dei frammenti è minimo, la consolidazione si verifica molto probabilmente per mezzo di un callo osseo più o meno voluminoso; quando invece i frammenti hanno perduto ogni contatto con la base dell'apo-

fisi non si sa con precisione se sia sempre possibile la formazione di un callo osseo o fibroso oppure se il frammento vada incontro al riassorbimento.

Il meccanismo di produzione di queste fratture è duplice: vi sono fratture dirette prodotte da agenti traumatizzanti di superficie limitata che colpiscono una superficie limitata della regione lombare laterale, o provocate da cadute sul dorso su pietre, ecc.

Le fratture indirette si producono in due ordini di circostanze: ora si tratta di cadute o di sforzi violenti che si accompagnano a brusche contrazioni dei muscoli della regione, ora c'è trauma diretto sulla regione lombare prodotto da un agente contundente voluminoso e largo causante una brusca contrazione muscolare. Il complesso sintomatico consiste in dolori molto vivi nella regione lombare dal lato delle apofisi trasverse fratturate che immobilizzano la colonna vertebrale ed impediscono ogni movimento; vi è inoltre con trattura di difesa dei muscoli spinali. Due sintomi molto rari, meritano di essere presi in considerazione: la modificazione dei riflessi rotulei e l'esistenza di disturbi nervosi localizzati. Nell'individuo studiato dall'A. si riscontrò diminuzione dei riflessi rotulei ed una zona di anestesia cutanea tattile e dolorifica a livello della parte superoesterna della natica. I rapporti intimi fra nervi lombari ed apofisi trasverse ci danno anche la spiegazione dei dolori persistenti che costituiscono molto spesso una seria complicazione delle fratture di queste apofisi. Tali dolori possono durare per molti mesi dopo il trauma ed assumere talora una tale intensità da determinare impotenza funzionale quasi completa. Essi sono la manifestazione di una nevrite causata da compressione od irritazione del tronco nervoso sottostante da parte del tessuto osseo di un frammento o di un callo voluminoso. Il trattamento di questi dolori consiste nel resecare le apofisi fratturate: intervento di poca entità e di tecnica abbastanza semplice. Se si avrà cura di eseguire questa operazione precocemente, prima che si stabiliscano lesioni dei nervi, si eviteranno nevralgie ribelli e le loro conseguenze.

F. VICENTINI.

Il morbo di Perthes.

(BÜTTNER. *Medizinische Klinik*, maggio 1925).

Fino a 15-20 anni fa questa sindrome era confusa con l'artrite tubercolare, la coxa vara e l'artrite deformante. Fu Perthes che nel 1910-1913 sulla base di referti radiologici ed anatomo-patologici individuò la malattia, che porta il suo nome.

La sindrome si manifesta in giovani individui di 4-15 anni. I ragazzi cominciano ad avvertire i primi disturbi dopo una lunga marcia a piedi, un trauma o a distanza più o meno lunga da qualche infezione, il reumatismo in particolare. Talvolta è la madre che s'accorge dell'andatura zoppicante del ragazzo, che per altro spesso lamenta dolore all'ischio, al femore, alle ginocchia, dolore che però non lo costringe a letto.

L'esame rivela una più o meno forte dolorabilità ai movimenti passivi, la quale però non raggiunge mai il grado che si ha nella coxite. La flessione e l'estensione passiva è poco limitata, ma quasi sempre si trova una pronunziata riduzione dell'abduzione. I movimenti attivi sono poco validi, ma nella grande maggioranza dei casi i pazienti possono adoperare l'arto leso senza molta difficoltà, anche quando l'andatura è zoppicante. Si ha un raccorciamento della distanza spinamalleolare di 1-2 cm. e nei casi avanzati di 4 cm., mentre la distanza trocantere-malleolare rimane normale. Il trocantere sorpassa la linea Roser-Nelaton, sintoma che ricorda la coxa vara e la frattura endocapsulare del collo del femore.

L'esame radiologico dimostra che non si tratta di un processo morboso del collo del femore, ma della testa del detto osso. La testa del femore appare appiattita come un fungo, talvolta inclinata in basso in rapporto al collo. Nei casi gravi la calotta della testa può ridursi ad un lembo sottile e l'angolo mediale dell'epifisi è in questi casi ridotto al minimo. Nelle forme leggiere invece la deformità è appena apprezzabile. La linea epifisaria in genere non è netta, appare diffusa ed attraversata da ombre, mentre la linea della cartilagine articolare appare intatta. Oltre a ciò talvolta si trovano alterazioni secondarie dell'acetabolo e modificazioni di forma del collo del femore.

Questo reperto radiologico e le deformità cliniche sono spiegate dal reperto anatomo-patologico, che dimostra focolai necrotici dell'epifisi, che interrompendo la continuità della linea epifisaria e spostando le isole cartilaginee raggiungono il tessuto spongioso. In alcuni casi si riscontrano anche alterazioni infiammatorie.

Ma i focolai necrotici per sè non sono in grado di provocare le deformità così gravi. Perchè si abbia la sindrome completa e caratteristica occorre una causa occasionale, per lo più un'azione traumatica anche lievissima, in seguito ad una caduta, ad un urto anche di poco conto, una marcia, che provoca la frattura della testa dell'epifisi femorale già atrofica.

La lesione su accennata può colpire le epifisi di altre ossa, ma generalmente, se non esclusivamente, è colpita la testa del femore.

In quanto all'etiopatogenesi dell'affezione sono state avanzate parecchie ipotesi.

Si è ritenuto che l'osteocondrite e l'artrite deformante siano processi identici, ma nell'artrite deformante vi sono alterazioni della cartilagine articolare e dell'acetabolo che rimangono intatti nell'osteocondrite, carattere progressivo e dolorabilità nell'artrite, tendenza alla guarigione e relativamente scarse sofferenze nell'osteocondrite.

Il morbo di Perthes è stato attribuito al rachitismo, ma senza alcun fondamento.

È stato identificato con la coxa vara e la coxa valga, ma in effetti si tratta di affezioni diverse.

Per analogia con altre distrofie ossee (acromegalia, nanismo, artropatia ovaripriva) si è ritenuto che l'affezione sia in rapporto a disendocrinismo, ma una tale teoria non è stata suffragata da osservazioni sicure.

Il trauma manca in molti casi e perciò non si può ammettere che esso sia la causa, almeno unica, del morbo di Perthes. Quando il trauma esiste non ha che un'importanza rivelatrice.

V'è infine la teoria infiammatoria, per la quale il processo sarebbe in rapporto ad un'infezione cronica di natura ignota. Ma anche questa teoria non poggia su fatti sicuri.

La diagnosi anatomo-patologica è resa difficile dal fatto che i casi iniziali non vengono operati e quelli avanzati possono essere già inquinati da alterazioni infiammatorie secondarie.

La diagnosi clinica di un'infezione cui possa attribuirsi il male non è possibile, perchè generalmente il paziente cade sotto l'osservazione del medico parecchi mesi dopo l'inizio dell'affezione articolare. L'anamnesi tuttavia fa intravedere un possibile rapporto causale con infezioni, quantunque i pazienti tendino più ad attribuire la malattia a qualche trauma.

L'A. riporta la storia di due casi nei quali appare evidente la relazione tra un'infezione tonsillare ed il morbo di Perthes, e di un terzo caso nel quale l'affezione stessa seguì immediatamente ad un reumatismo articolare.

Nelle cartelle cliniche di altri sette casi di morbo di Perthes si trova notata in quattro l'ipertrofia tonsillare.

Anche Freiberg attribuisce la malattia ad angina. Caan enumera le seguenti cause dell'affezione: reumatismo, scarlattina, difterite, pulmonite, influenza, varicella, foruncolosi.

Sembra, comunque, che quale che sia la malattia, alla quale segue l'osteocondrite, il punto di partenza dell'infezione risiede sempre nelle tonsille. E la patogenesi endocrina ha ragione d'essere solo in quanto si può ammettere che i coesistenti disordini endocrini sono l'espressione d'un abito linfatico, che rende più vulnerabili le tonsille.

La molteplicità delle supposte cause della malattia rende incerta la terapia causale. Il trattamento antirachitico ed endocrino non si è mostrato vantaggioso. Fortunatamente la malattia ha generalmente un decorso favorevole, nel senso che guarisce in capo ad alcuni anni. Perthes ammette che la fase progressiva dura due anni e che poi s'inizia il miglioramento.

Il trattamento deve essere indirizzato esclusivamente ad evitare o correggere le deformità provocate dall'alterazione necrotica dell'epifisi. Si devono quindi evitare le infrazioni ed insieme lasciare all'organismo il tempo di riassorbire i frammenti ossei e procedere alla rigenerazione di nuovo tessuto osseo. Durante il periodo dei dolori, allo scopo anche di correggere le anomalie di posizione, si ricorrerà all'apparecchio di distensione, più raramente alla fasciatura gessata: quindi per la corretta deambulazione si applicherà un apparecchio ortopedico, che si lascerà per anni fino a che il bambino non camminerà bene.

DR.

INTOSSICAZIONI.

Il nicotinismo.

(H. KIONKA. *Ergebnisse der gesamten Med.* v. VII).

Il nicotinismo od avvelenamento cronico da tabacco è soprattutto conseguenza del fumare il tabacco; i suoi fenomeni sono noti fin dal tempo in cui tale abitudine è stata introdotta in Europa, verso la metà del secolo XVI.

Il tabacco è dato in massima parte dalla Nicotiana tabacum e dalle sue congeneri N. rustica e N. macrophylla; il contenuto delle foglie in nicotina varia da 1 a 3.8 % e si può ammettere che sia in media del 2 %. Per i sigari è di 1.09 a 1.84; nelle sigarette da 1.13 a 2.24. I così detti sigari decotinizzati ne contengono in media 0.6 %.

È appunto la nicotina la parte più importante delle foglie di tabacco; essa è un alcaloide liquido, privo di ossigeno, che si forma nelle foglie a spese dell'acido malico. Questo alcaloide, dall'odore penetrante e dal sapore bruciante è, per l'organismo animale, un veleno potente quasi quanto l'acido cianidrico. Gli insetti vi sono sensibilissimi; le rane ed i conigli muoiono per 1/4 di goccia, i cani per 1-2 goccie, i piccoli uccelli cadono subito morti non appena si avvicina al loro becco un bastoncino di vetro bagnato di nicotina; per l'uomo basta una goccia per provocare grave avvelenamento.

Le azioni fisiologiche della nicotina sono molteplici. Oltre a quella locale, è importante quella

sul sistema nervoso, consistente in un eccitamento motorio a cui segue lo studio paralitico delle terminazioni nervose motorie. Importanti sono i fenomeni paralitici sui grandi gangli simpatici; cervicale superiore, solare, gangli della corda timpanica e specialmente lo splancnico. Non tutti i gangli del bacino sono ugualmente presi; quelli intestinali sono di molto eccitati sicchè la peristalsi intestinale ne viene assai aumentata. Anche la paralisi delle terminazioni periferiche del vago e dello splancnico è preceduta da una forte eccitazione che influisce notevolmente sulla respirazione e sulla attività cardiaca.

La nicotina aumenta la secrezione salivare e le nazioni che fumano molto sono anche caratterizzate da un continuo sputacchiare; a forti dosi si ha invece una paralisi.

La nicotina agisce sulla muscolatura liscia in duplice via; per le anzidette azioni sulle terminazioni nervose e per il fatto di una sopraproduzione di adrenalina, in conseguenza dell'azione sulle capsule surrenali.

Sul cuore, isolato dopo un transitorio rallentamento, si ha un aumento della frequenza ed, a dosi forti, un arresto in diastole. Sul cuore in posto, le azioni sono diverse a seconda che predominano l'inibizione delle cellule del vago o l'azione sui gangli cardiaci. I vasi periferici, dopo un transitorio stringimento, ne sono dilatati; la pressione, dopo essersi brevemente inalzata, tende ad abbassarsi.

Sulla muscolatura striata la nicotina ha quasi lo stesso effetto del curaro.

L'eliminazione della nicotina si fa principalmente per i reni, ma anche per la saliva e col sudore.

Di grande importanza è l'assuefazione che si ha per la nicotina come per altri alcaloidi (morfina, atropina).

*
* *

Come si è detto, il nicotinismo, è specialmente conseguenza del fumare, mentre passano in seconda linea il fiutare ed il masticare. Ciò non toglie che si siano avuti casi di avvelenamento nei masticatori in cui si ha una vera lisciviazione delle sostanze contenute nella foglia di tabacco; casi di avvelenamento si sono avuti anche in contrabbandieri che portavano le foglie sulla pelle nuda e nei quali l'assorbimento si è fatto per la cute dopo soluzione delle sostanze nel sudore.

Nel fumare le condizioni sono del tutto diverse. Il fumare costituisce una distillazione secca. Nella zona accesa, la nicotina viene a distruggersi; nella zona vicina essa viene trascinata dai vapori e dall'aria calda fin verso la bocca del fumatore che aspira il fumo; non tutta però arriva nella bocca poichè una certa parte si condensa nelle parti fredde del sigaro. Si comprende quindi che i processi di distillazione e di condensazione, rispettivamente le quantità di nicotina che arrivano al fumatore, siano diversi, a seconda che si tratti di un sigaro lungo o corto, di uno nuovo o di uno riacceso. In quest'ultimo la quantità di nicotina è maggiore perchè se ne è venuta accumulando, durante la prima fumata, nelle parti fredde. La maggior quantità di nicotina che si assorbe con le sigarette è dovuta al fatto che l'involucro di carta impedisce la dispersione della nicotina e quindi i prodotti di distillazione arrivano più direttamente in bocca; così nello stesso modo agisce la paglia interna del sigaro « Virginia ».

Si comprende quindi che il contenuto in nicotina del fumo di tabacco non sia sempre in stretta dipendenza dal contenuto del tabacco stesso, ma dipenda anche da altri fattori.

Ma il fumo, una volta arrivato in bocca non viene tutto assorbito; si calcola che lo sia soltanto nella proporzione del 10-20 %, ma tale cifra è indubbiamente elastica, tenuto conto delle diverse abitudini individuali di fumare, che influiscono indubbiamente sulla quantità assorbita, come vi influisce il fatto di sputare più o meno spesso.

Oltre alla nicotina, si trovano nel fumo di tabacco altre sostanze, quali principalmente la piridina e la collidina che però hanno un'azione secondaria in confronto della prima. La composizione del fumo proveniente da 100 grammi di tabacco si può ritenere la seguente:

Nicotina g. 1.165
Basi piridiniche g. 0.146
Acido cianidrico g. 0.08
Ammoniaca g. 0.36
Ossido di carbonio cmc. 410.

La quantità totale di nicotina che il fumatore aspira varia da 400 mg. nei sigari leggeri a 1000 mg. in quelli forti ed è di 300-400 mg. nei sigari detti denicotinizzati, quindi in questi si trova a un dipresso nelle stesse quantità che in quelli comuni.

Di grande importanza è la presenza nel fumo di tabacco dell'acido cianidrico e dell'ossido di carbonio a cui si possono attribuire i sintomi di intossicazione che si osservano nei non fumatori che sono costretti a rimanere in ambienti con molti fumatori.

*
* *

L'avvelenamento da tabacco si può in complesso ricondurre a quello da nicotina. Esso può essere

acuto o cronico. La forma acuta si ha particolarmente in quelli che incominciano a fumare: pallore del viso, senso di debolezza alle gambe, malessere, spesso vomito; aumento di frequenza del polso, sensazione dei battiti cardiaci. Talvolta si hanno tremori muscolari e vertigini, bruciore alla bocca. Dopo un certo tempo questi fenomeni cedono; si sviluppa una sensazione di calore che va dallo stomaco alla testa e si diffonde per tutto il corpo. Nei casi gravi si hanno stati di eccitamento, ipersensibilità alla luce, senso di pressione al petto, respirazione difficile e frequente; il polso diventa raro e piccolo e nei casi più gravi si arresta; nei casi mortali, si ha anestesia generale interrotta da convulsioni cloniche ed arresto del respiro. Le cose non sono sempre così tragiche e si limitano il più delle volte a sintomi da parte del tubo gastro-enterico: malessere gastrico, vomito, scariche intestinali, salivazione.

Più importante è l'intossicazione cronica. Per ben comprenderne il meccanismo, si deve considerare quali sono le azioni per cui il fumare viene ritenuto un atto di un certo godimento. Viene anzitutto l'azione tattile sulla bocca, rispettivamente sulle labbra; lo stesso fatto di tenere in bocca il sigaro, la sigaretta o la pipa costituisce un eccitamento piacevole; i movimenti masticatori che vengono così eccitati portano ad un aumento nella secrezione di saliva, in seguito alla quale si possono avere degli eczemi agli angoli della bocca.

Un altro eccitamento piacevole è dato dall'ingresso del fumo nella bocca ed è provocato sia dalla sensazione termica, sia dagli oli eterei e dalle particelle di catrame che si condensano nella bocca. Si hanno, di conseguenza, anche sensazioni gustative.

Ma le azioni più importanti sono quelle dovute all'assorbimento della nicotina. Vengono anzitutto gli effetti sul simpatico che, dalle piccole dosi di nicotina viene eccitato e che influenza, come è noto, il tono vasale, la motilità e la secrezione degli organi interni, la regolazione del cuore, ecc. Si ha quindi, analogamente che per l'alcool, una azione eccitante che dà all'organismo stanco novelle energie. Come per l'alcool poi, le dosi alte invece agiscono da narcotiche, da calmanti.

Le varie azioni del fumo di tabacco si esplicano poi in vari modi negli individui che hanno presa l'abitudine di fumare. Si deve anzitutto menzionare il catarro faringeo cronico che passa poi al naso ed alla laringe. Si hanno presto sintomi da parte dello stomaco: perdita di appetito, senso di pressione allo stomaco, malessere e, più tardi, vomito e fenomeni dispeptici.

Più gravi sono i fenomeni da parte del circolo e del sistema nervoso, che si manifestano dopo l'uso prolungato per parecchi anni. Gli individui nervosi, deboli, malati di cuore ne sono più minacciati e sono presi più spesso e più gravemente che quelli del tutto sani. Talora questi sintomi si hanno in individui che passano da un consumo moderato di qualità leggere a quello maggiore di qualità forti.

I disturbi cardiaci si osservano più frequentemente fra i 40 ed i 50 anni, con aumento di frequenza, irregolarità del polso che possono andare fino ad un vero « delirium cordis ». La forma più frequente di irregolarità è costituita da 2-3 pulsazioni forti a cui segue una serie di pulsazioni frequenti e piccole. Questa tachicardia si osserva, sul principio, specialmente di notte. Alcune qualità, come p. es. le sigarette egiziane, diminuiscono la frequenza del polso.

Gravi disturbi cardiaci si osservano nei giovani che fumano prima di avervi presa l'abitudine; le alterazioni si devono in questi casi a lesioni dei gangli del vago. Il ritmo di questo cuore da tabacco, a differenza del cuore giovanile, è come faticoso e strascicante ed è accompagnato da una sensazione di malessere specialmente nella regione cardiaca. Tali sensazioni moleste, come quella anche di costrizione al torace, più raramente degli attacchi tipici di angina pectoris, si hanno anche occasionalmente nei fumatori inveterati. Non si è ben sicuri che si tratti sempre di alterazioni anatomiche del vago; nei vecchi fumatori vi sono anche alterazioni delle pareti vasali. Anche negli esperimenti sugli animali si sono osservate dilatazioni aneurismatiche dell'aorta, depositi di calce nelle pareti dei vasi che si fanno fragili.

Non raramente si hanno ipertrofia e dilatazione del cuore, che però scompaiono con l'astensione dal vizio; negli individui fortemente intossicati, permangono l'aumentata frequenza del polso ed i disturbi del ritmo. Nei casi gravi si hanno inoltre sclerosi delle coronarie e distruzione della fibra miocardica. Dipendono in parte dalle lesioni cardiache i disturbi asmatici che si osservano frequentemente; si ha spesso una trasformazione del tipo di respiro, con intercalate ogni tanto delle profonde inspirazioni a forma di sospiro.

Ne soffrono anche la nutrizione ed il ricambio; il paziente dimagra ed ha debolezza muscolare specialmente degli sfinteri.

Molteplici sono poi le manifestazioni nervose. Si incomincia già a vedere che nelle scuole i ragazzi che non fumano fanno maggiori progressi; quelli che incominciano a fumare sotto i 15 anni sono meno intelligenti e più pigri; si deve forse ammettere che in tali individui vi sia congenitamente un certo grado di debolezza psichica per cui non possono resistere alle tentazioni.

Nei forti fumatori adulti, si hanno cefalea, ver-

tigini, insonnia, scarsa volontà di lavorare con grande eccitabilità e con modificazioni del carattere. Obbiettivamente si osservano nei casi gravi tremori muscolari, dolori al dorso, neuralgie di varia specie, rigidità e mancanza di sicurezza dei movimenti, talora anche contrazioni e convulsioni epilettiformi; sono rari i disturbi a tipo di svenimento.

La potenza sessuale può diminuire e scomparire; nelle donne si hanno spesso disturbi mestruali.

Particolarmente caratteristici sono i fenomeni visivi. Quasi costante è la congiuntivite, dovuta all'azione irritante degli oli eterei e delle particelle di catrame contenute nel fumo. Le pupille sono ordinariamente miotiche e pigre a reagire; anche nei casi gravi però la reazione alla luce è conservata.

Più importanti sono i disturbi del campo visivo centrale; la così detta ambliopia da tabacco è data da neurite retrobulbare che porta ad abbassamento dell'acutezza visiva con nictalopia; caratteristica è la presenza di scotoma centrale, dapprima per il rosso ed il verde e poi per il turchino. Esso ha una forma tipica, orizzontale, ellittica con estensione verso l'esterno, con piccoli difetti assoluti del campo centrale. All'esame oftalmoscopico si riscontra soltanto un leggero pallore della metà temporale della pupilla.

L'acutezza visiva centrale è di molto diminuita, mentre quella periferica rimane immutata. Se lo scotoma è assoluto è da escludersi la guarigione che, invece, negli altri casi, si ha con la completa astinenza dal tabacco, dopo 1-2 mesi.

Viene anche preso l'organo dell'udito, con rigonfiamento delle tube, congestione della cavità timpanica, sintomi di ronzii ed anche sordità bilaterale che talvolta si è osservata.

Si hanno talora anche psicosi, con allucinazioni, deliri e piccoli accessi maniaci. Vi è soprattutto tendenza all'alternarsi di stati di depressione melanconica con quelli di eccitazione. Le psicosi però sono rare nei fumatori, mentre si hanno più spesso nei fiutatori e nei masticatori di tabacco che arrivano fino a consumare 20-25 grammi al giorno. Bisogna però riconoscere che la genesi di queste psicosi da tabacco non è peranco chiarita e che probabilmente il tabacco non vi entra che in parte.

*
* *

Nel capitolo della patologia del tabacco ha grande importanza la costituzione individuale. I giovani vi sono più sensibili che gli adulti; vi sono razze, come gli arabi, che non lo sopportano; così pure hanno scarsa resistenza ad esso gli individui nervosi, con affezioni cardiache o vasali, gastriche od intestinali. È poi ovvio che nelle malattie delle vie respiratorie e nella tubercolosi, anche non polmonare, il tabacco è particolarmente dannoso. Per alcune malattie poi, come per le infezioni, specialmente per la tubercolosi, e per l'arteriosclerosi, l'uso del tabacco rende più sensibili. Si deve anche menzionare l'opinione di alcuni autori, secondo i quali il tabacco ha anche influenza sulla prole nel senso di renderla più debole e meno resistente.

Nella terapia si deve anzitutto prescrivere l'astinenza, la quale, a differenza che per altre intossicazioni non dà alcun disturbo; talvolta, in seguito ad essa, si ha un leggero peggioramento, specialmente nei disturbi visivi, seguito in breve da una completa guarigione.

L'eliminazione del tossico esistente nell'organismo si fa con le cure sudatorie e balneari; è anche raccomandato lo ioduro di potassio.

Della massima importanza è la profilassi, specialmente nelle scuole; ai ragazzi al disotto dei 15 anni, dovrebbero venir proibiti la vendita ed il consumo.

I locali pubblici, dove si fuma, dovrebbero venir muniti di adatti mezzi di ventilazione.

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

P. NOBÉCOURT. *Clinique médicale des enfants; Troubles de la nutrition et de la croissance.* — Masson et C., Paris, 1926.

Sono 20 lezioni in cui con indirizzo eminentemente pratico vengono discusse alcune tra le più importanti malattie costituzionali della prima e seconda infanzia: ipotiroidismo, disturbi dell'accrescimento staturale e ponderale, diabete mellito, acetonemia, reumatismo articolare cronico, osteopsatirosi. Come dice lo stesso autore, lo scopo principale di queste lezioni è quello di presentare dei malati, mettendo in evidenza i dati anamnestici e i sintomi obbiettivi più importanti, discutendo in base ad essi la diagnosi e trattando con particolare cura la terapia.

Su taluni argomenti sono raccolte lezioni tenute in anni diversi, così p. es. sul diabete abbiamo lezioni del 1919 e lezioni del 1925; ciò aumenta il pregio del libro, perchè ne risulta più ampia la trattazione dei vari problemi diagnostici e terapeutici, impostata prima senza e poi con l'ausilio delle più recenti acquisizioni.

Pur non aggiungendo nulla di nuovo dal lato scientifico, il presente volume espone in forma chiara, piana ed abbastanza completa la clinica delle più importanti affezioni costituzionali dei bambini.

POLLITZER.

LOUISE E. HOGAN. *How to feed. children.* Un vol. in-16° di 249 pag. con fig. Presso l'A., New York.

È a tutti nota la grande importanza della nutrizione per la salute e per il benessere del bambino. È necessario però diffondere quanto più largamente è possibile le nozioni su tale argomento, tanto più che ancora alcuni medici hanno sull'argomento cognizioni piuttosto vaghe.

La fortuna che ha arriso al libro dell'A. — giunto alla sua decima edizione — è dovuta certamente alla chiarezza della trattazione ed ai numerosi consigli di pratica utilità che essa vi profonde. Basta leggere il capitolo: « Travelling oufits and precautions » per comprendere la praticità del libro, in cui tutto è preveduto per apportare le cure minuziose necessarie a quell'età.

Altri capitoli interessanti sono quelli riguardanti le diete estiva ed invernale, quella da seguirsi durante le malattie, quella dei ragazzi dell'età scolastica e quella dello scabroso periodo di passaggio dalla prima infanzia alla fanciullezza.

Libro vivamente consigliabile ai medici ed alle mamme. *fil.*

BRAEUNING H. e LORENTZ F. *Die Tuberkulose und ihre Bekämpfung durch die Schule.* Un v. in-16° di 132 pag., 3ª edizione. — J. Springer ed., Berlino, 1926. Prezzo M. 2.50.

Abbiamo già parlato favorevolmente di questo libro in occasione della pubblicazione della prima edizione. La sua utilità risulta evidente quando si pensi come può riuscire proficuo l'insegnamento fatto ai giovani.

La prima parte dà nozioni generali sulla tubercolosi, sui bacilli, sulla loro diffusione e resistenza, sulla terapia individuale e sociale. Nella seconda parte, che si occupa più specialmente dei rapporti fra tubercolosi e scuola, sono indicati i provvedimenti da prendersi per il ragazzo tubercoloso e, soprattutto, la lotta indiretta per mezzo della scuola, l'insegnamento e la propaganda. Il libro è dedicato ai maestri che, anche in questo campo, possono essere di prezioso aiuto per la propaganda igienica. *fil.*

MANTOVANI G. *Affrontiamo la tubercolosi!* Un vol. in-16° di 211 pag. R. Quintieri ed., Milano, 1926.

Libro di coltura popolare e di propaganda per istruire sui pericoli e sul contagio della tubercolosi e convincere sulla sua guaribilità.

La prima parte è dedicata alla descrizione degli organi del respiro ed ai loro primi e più importanti malanni. Il titolo della seconda: « Guardiamo in faccia la tubercolosi! » indica l'intonazione vivace e persuasiva con cui è svolto l'argomento, considerato nel duplice aspetto individuale e sociale. Da ultimo l'A. esamina le condizioni dell'assistenza antitubercolare in Italia. *fil.*

SEGA A. *La lotta antitubercolare in Germania.* Un vol. in-8° di 113 pag. — L. Cappelli ed., Bologna, 1926. Prezzo L. 15.

Nel campo della lotta antitubercolare, specialmente per il movimento dei sanatori, la Germania è stata antesignana ed è indubbiamente interessante studiare i particolari dei metodi che vi si seguono, allo scopo di trarne utili esempi.

La memoria dell'A. ci dà appunto il mezzo di conoscere bene l'organizzazione della lotta, il funzionamento dei diversi organi, gli enti che la sostengono. L'A. espone altresì i mezzi diagnostici più frequentemente usati nella pratica e le principali linee della terapia, studiando minuziosamente anche i particolari, come l'arredamento delle sale, le tabelle dietetiche, ecc.

In capitoli speciali tratta la lotta contro il lupus, la lotta antitubercolare nell'infanzia, la legislazione antitubercolare e conclude esaminando lo stato della questione in Italia e parlando dei mezzi atti per migliorare sotto questo rapporto le nostre condizioni. *fil.*

Concorsi a premi per studi inerenti alle assicurazioni sociali. Cinque volumi in-8° di pag. 317, 353, 449, 417, 322. — Arti grafiche, Spoleto, 1925

Il Ministero del Lavoro e previdenza sociale bandiva nel gennaio 1922 quattro concorsi nazionali a premi, allo scopo di illustrare convenientemente i problemi inerenti al lavoro nei rapporti medici igienici e giuridici.

I concorrenti sono stati 25; all'unico di essi che si era presentato per il 1° Concorso (Nuovi orizzonti dell'igiene e della profilassi nelle industrie pericolose) la Commissione non ha dato alcun premio. Fra i 5 del 2° Concorso (Malattie da lavoro) è stato assegnato il 1° premio al prof. Ranelletti, due secondi premi al prof. Prosperi ed al dott. Nascimbeni, una menzione al professor V. Zevi. Dei lavori del Ranelletti e del Prosperi ci siamo già occupati.

Dei 14 concorrenti per il tema riguardante la cura agli infortunati da lavoro è stato assegnato il 1° premio al prof. Mori, i secondi ai proff. Tovo e Bellucci. Fra i 5 temi presentati al 4° Concorso (La magistratura, le rappresentanze e la difesa della controversia fondata sui rapporti assicurativi) venne dato il 1° premio ai proff. Leoncini e Ciampolini ed il 2° al prof. Diez.

I cinque volumi pubblicati contengono oltre alla storia dei concorsi ed ai giudizi della Commissione, tutte le memorie citate, e costituiscono una buona raccolta delle attuali nostre cognizioni su questi interessanti argomenti. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta del 30 maggio 1926.
Presidenza: prof. RODOLFO STANZIALE, vice-pres.

Su di un caso non comune di afasia.

Prof. BIANCHI LEONARDO. — Riferisce su di una forma di afasia non ancora ben definita nè per la sua figura clinica nè per la sede della lesione che la produce. I sintomi sono, un certo grado di sordità verbale, possibilità di leggere, amnesia verbale, scrittura spontanea lenta o alterata, capacità di copiare, incapacità di ripetere le proposizioni pronunciate da altri. Questo complesso sintomatico può definirsi afasia sensorio-motrice transcorticale. L'O. pensa che si debba dare importanza ad un fascio, la cui lesione ha potuto dimostrare in un caso, che uscito dalle radiazioni della 1ª e 2ª temporale, si getta nell'antimuro, si innerva nell'angolo insulo-frontale e raggiunge la corteccia dell'opercolo frontale. Questo fascio sembra essere una importante via di associazione temporo-frontale.

Il pensiero nosologico di G. B. Vico e un tentativo di ricostruzione del suo perduto libro vitalistico il « de aequilibrio corporis animantis

Prof. ROMANO ANACLETO. — L'O. espone uno studio dettagliato su tale argomento e dà grandissima importanza al libro perduto dimostrando che in esso vi è l'abbozzo della grande opera posteriore della dottrina Vichiana.

Intorno alle caratteristiche principali della delinquenza specifica epilettica

Prof. ZUCCARELLI ANGELO. — Da osservazioni proprie e da altre raccolte nella letteratura viene alla conclusione che l'assenza di coscienza durante l'atto e l'amnesia consecutiva non sono caratteri assoluti costanti del delitto di natura epilettica.

Il metodo di Albini per la transfusione del sangue. (Rivendicazione storica).

Dott. TESAURO GIUSEPPE. — Dopo una rivista sintetica sull'argomento, sulle moderne ricerche, sugli attuali metodi ed indicazioni operative, l'O. conclude col dire che, pure non trovando più oggi la cannula di Albini pratica applicazione (per l'uso della citratazione che facilita moltissimo il procedimento) è nostro dovere rendere omaggio alla memoria dell'illustre fisiologo napoletano, rivendicando al suo nome quello che fu un importante contributo alla teoria ed alla tecnica operativa dell'argomento con l'invenzione della cannula, che cambiò radicalmente i metodi allora in uso.

Una reazione delle culture di peste.

Dott. FUSCO GENNARO. — In colture di peste in brodo di 24-48 ore la reazione di Griess modificata da Floswaz, come si pratica per la ricerca dell'HNO_2 nell'acqua potabile, dà risultato positivo.

Nuova sierodiagnosi della sifilide.

Dott. SCIARRA OLINTO. — Espone un metodo da lui ideato per la sierodiagnosi della sifilide.

Seduta del 13 giugno 1926.

Presidenza: prof. R. STANZIALE, V. presidente.

I fattori costituzionali nella sindrome del pretracoma.

Dott. ROSSI V. — L'O. dopo avere accennato ai suoi lavori precedenti circa una tipica alterazione congiuntivale — il pretracoma — che in certi individui può preludere al vero tracoma, esamina taluni tipi di costituzione organica predisposti, per fattori genotipici, alla tipica malattia oculare.

Dopo avere esposte sistematicamente le debolezze costituzionali e le meiopragie dei varî tessuti ed organi, l'O. sintetizza il concetto di predisposizione la quale è caratterizzata dalla labilità dell'ectoderma e dei suoi derivati.

Cotesta debolezza idiotipica del foglietto ectodermico porta ad una individualità organica in cui prevalgono il coefficiente di massa su quello di differenziazione, le stimolazioni del vago su quelle del simpatico, i processi anabolici sui disintegrativi, le tumefazioni degli organi e le stasi.

Per l'O. il pretracomatoso è un labile dell'ectoderma, la labilità può essere generale ma soprattutto essa è limitata ad un segmento dove il tegumento modificandosi diventa congiuntiva e mucosa rinofaringea.

Esiste un nodo sinusale sdoppiato anche nell'uomo?

Prof. PACE D. — L'O. ricorda le sue prime ricerche sul tessuto specifico del cuore, in cui per la prima volta descrive un secondo aggruppamento di tessuto nodale nell'atrio destro, ch'egli chiamò nodo *succenturiato*: reperto che illustrò ancora una volta nel 1919 e che sboccò in ultimo in nuove ricerche sistematiche sul cuore di agnello fatte nell'inverno del 1922, comunicate nell'ottobre dello stesso anno 1922 al 28° Congresso di Medicina a Firenze, e poi anche riferite nel 12 dicembre 1923 alla nostra stessa Accademia e infine pubblicato in extenso nel 1° fascicolo del 1924 degli Archivi di Chiarugi, colle quali veniva a dimostrare con ogni precisione *non un doppio nodo*, ma uno *sdoppiamento caratteristico del nodo sinusale* nel cuore di agnello. È solo nel 1924 che il prof. Bruni di Milano pubblicava un reperto analogo nel cuore di embrioni di bue e di pecora, sì che risultava bene stabilita questa nuova conformazione del nodo sinusale nei ruminanti.

L'O. prende poi ad esaminare la nuovissima questione messa avanti da ricerche più recenti di

Bruni e Segre, se cioè esista un simile sdoppiamento del nodo sinusale anche nell'uomo, specie nel cuore fetale. A parte i reperti negativi da lui ottenuti in due cuori fetali umani già pubblicati nel 1919 da E. Zagari, a parte che Bruni e Segre parlano di una duplicità e non di uno sdoppiamento nodale e descrivono un vero e proprio nodo di sinistra (Segre), di cui la continuità con il nodo di destra è supposta, ma non dimostrata, l'O. enumera le difficoltà che, allo stato attuale, esistono per ammettere un tale reperto, cioè:

1) difficoltà di riconoscere esattamente il tessuto specifico, se non su tagli sottilissimi (5-7 micron, e non 30);

2) difficoltà di distinguere dal miocardio atriale il tessuto specifico umano, differente da quello degli animali con cuori a fili di Purkinje;

3) difficoltà di distinguere il tessuto nodale dal miocardio atriale giovanile del feto;

4) difficoltà di distinguere o possibilità di confondere il vero reticolo del tessuto nodale con intrecci od ondulazioni di fibre atriali ordinarie là dove nel setto vengono a contatto i due atrii;

5) difficoltà di conciliare la presenza di un altro nodo nel setto o a dirittura nell'atrio sinistro (Segre), quando ricerche sperimentali recentissime di Dernoor parlano recisamente contro l'ipotesi che nell'atrio sinistro esista una sostanza attiva capace di riprodurne un'attività ritmata del cuore eguale a quella che si sprigiona dal nodo di Keith-Flack, e quando mancano documenti clinici o elettrografici inconfutabili che dimostrino una certa autonomia funzionale dell'atrio sinistro.

Seduta del 26 giugno 1926.

Presidenza: prof. R. STANZIALE, vice-presidente.

Discordanza apparente fra i risultati delle analisi chimica e batteriologica di alcune acque di Agnano.

Prof. DE BLASI DANTE. — L'analisi chimica di tre acque minerali del bacino di Agnano aveva rivelato presenza di non lievi quantità di ammoniaca in unione con sostanze organiche, l'esame batteriologico le aveva dimostrate assolutamente prive di microorganismi. Dato il significato che si attribuisce comunemente alla presenza di ammoniaca nelle acque, era necessario, prima di potere parlare di potabilità, di assodare se l'ammoniaca rappresentava oppure non, la demolizione di sostanze organiche per opera di microrganismi, o invece provenisse dalle zone eruttive del bacino stesso. La sicurezza sulla interpretazione si ottiene esaminando contemporaneamente i criteri, chimico, batteriologico, geologico, e con l'aggiunta di un criterio igienico propriamente detto, fondato sull'esame dei rapporti quantitativi esistenti fra ammoniaca e sostanze organiche.

Trattamento della paralisi progressiva con l'inoculazione della malaria.

Dott. PUCA ANNIBALE. — Insiste sulla necessità di diagnosi precoce della forma morbosa, indi espone il modo di conservare il sangue malarico, del metodo di inoculazione, del periodo di incubazione e febbrile, del modo di interrompere la febbre e delle reinoculazioni. Rileva la importanza che ha l'esame ematologico per evitare inoculazioni miste ovvero scambi di forme malariche. Consiglia il trattamento d'assalto post-malarico con il neo-salvarsan, ma non con le piccole dosi, che sono dannose, producendo assuefazione e rendendo più resistenti le spirochete; in seguito occorre il trattamento con il calomelano. Sui risultati ottenuti in 19 casi, conclude che non vi è caso in cui non si abbia avuto vantaggio.

A. CHISTONI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO

CASISTICA E TERAPIA.

Le vertigini da menopausa.

A. Salmon (*Rivista oto-neuro-oftalmologica.* 1926, fasc. 1) è di avviso che le vertigini climateriche siano generalmente l'espressione di uno stato irritativo del labirinto, provocato dai disordini vasomotori ipertensivi abituali della menopausa, associati nelle forme più gravi ad una ipertensione parossistica del liquido cefalo rachidiano, di origine probabilmente endocrina.

Sono note le strette relazioni funzionali tra i plessi coroidei regolatori della secrezione cefalo-rachidiana, e le principali ghiandole endocrine: capsule surrenali, ipofisi, tiroide, la cui funzione si modifica profondamente per effetto della disfunzione ovarica, durante il periodo climaterico.

L'ipertensione arteriosa e quella cefalorachidiana spesso intimamente associate fra di loro per i rapporti tra il circolo arterioso ed il circolo cefalorachidiano, si rifletterebbero entrambe sulla tensione del liquido endolinfatico, considerato come una dipendenza del *liquor*, e determinando un brusco aumento della pressione labirintica darebbero origine alla vertigine.

Queste vedute patogenetiche non solo si accordano con il dato che l'ipertensione arteriosa e quella cefalorachidiana sono giustamente ascritte tra le più frequenti cause delle vertigini, ma trovano anche una valida conferma nella intima combinazione che spesso si osserva da un lato tra le vertigini climateriche ed i sintomi di ipertensione arteriosa (fenomeni congestizi, palpitazioni cardiache, sudore, insonnia, lieve elevazione di temperatura, ecc.), e dall'altro tra le vertigini ed i fenomeni di ipertensione cranica (nausea, vomito, cefalea, ronzio auricolare, abbagliamento di vista, rallentamento di polso, ecc.), fenomeni che raramente fanno difetto nelle vertigini più intense, analogamente a quanto si osserva nelle crisi vertiginose tipo *Menière*, le quali sono non raramente legate all'aumento della pressione arteriosa ed endocranica, e cedono spesso con la puntura lombare proposta da Babinski o con la trapanazione cranica decompressiva (Aboulker).

Il criterio terapeutico avvalora queste vedute, poichè le vertigini climateriche migliorano sensibilmente con i mezzi che valgono a diminuire la pressione arteriosa e quella cefalo-rachidiana, cioè con le applicazioni fredde sul capo, con l'uso dei lassativi intestinali, con la dieta latteo-vegetariana, con la sospensione degli alcoolici, con il riposo muscolare e, sopratutto, con l'opoterapia ovarica, che mira a sopprimere gli effetti della disfunzione ovarica, causa fondamentale dei disordini climaterici. Le vertigini climateriche peggiorano invece con i preparati surrenali (adrenalina) ed ipofisari, che, come è noto, aumentano la pressione arteriosa e cefalo-rachidiana.

La puntura lombare e la trapanazione cranica decompressiva sembrano solo indicate nelle forme più gravi, quando le vertigini, molto intense e ribelli alle cure mediche, si accompagnano a sintomi allarmanti di distensione del IV ventricolo (fenomeni vagotonici, rallentamento di polso, crisi epilettiformi) insieme ai più comuni segni di ipertensione cranica (cefalea, vomito, disordini visivi, ecc.).

PERSIA.

Iscuria puerperale.

Kirstein e Schwieder (*Mediz. Klinik*, 1925, n. 50), rilevano che esiste un'iscuria puerperale definita essenziale dallo Zangenmeister, che non si spiega nè con ostacoli meccanici, nè con l'azione di mezzi ostetrici, ecc. Essendo nel puerperio aumentata la capacità vescicale, meno frequente è lo stimolo alla minzione perchè meno frequente è il rilasciamento sfinterico. Intervengono anche altri fattori quali la giacitura dorsale della donna, il non raro stato edematoso dello sfintere, la diminuita forza espressiva addominale, forse anche la compressione del capo fetale sulle radici sacrali che innervano la vescica.

M.

Circa la comparsa di neoplasie maligne sui genitali della donna dopo radioterapia profonda.

Si era destato un allarme contro la radioterapia osservando che in numerose donne trattate con radioterapia profonda per affezioni benigne, i miomi o metriti emorragiche, si erano poi sviluppati cancri sia alla vulva che sul collo o sul corpo uterino.

Vogt dall'esame di numerose statistiche nega che la radioterapia possa predisporre al cancro. Infatti delle donne irradiate solo il 0,46 % divenne canceroso, mentre nelle non trattate la proporzione delle cancerose è del 5 %.

Werner (*Wiener Klinische Wochenschrift*, n. 15, aprile 1925) giunge a conclusioni simili: su 2680 donne irradiate dal 1911 al 1924 alla clinica di Kermauner a Vienna solo 10 sono state colpite da cancro. Sembra quindi che la radioterapia eserciti un'azione preservatrice anzichè favorente sulla evoluzione del cancro.

L. TONELLI.

Postumi nocivi dell'estirpazione uterina e della castrazione ovarica operatoria o radiologica.

Aschner (*Wien. Archiv f. Gynaekologie*, vol. 12, n. 1, 1925) rileva che le soppressioni in parola possono, nelle donne ancora mestruanti, esser causa di disturbi vari, talora in grado tale da compromettere l'esistenza. Tali disturbi non sono soltanto di natura endocrina, ma anche autotossici, dovuti cioè alla sospensione mestruale. Onde conviene cercare di fare interventi così economici da permettere una mestruazione, se pur modica. È errato il criterio di operazioni radicali fra i 38-40 anni, dato che, specie nelle donne miomatose, spesso il climaterio si presenta verso i 50 anni. Se possibile, è consigliabile di rinunziare anche alla röntgencastrazione. Varie sono le conseguenze della precoce soppressione mestruale: adiposità, pletora, discrasie uricemiche, diatesi flogistiche essudative e catarrali. La tossicosi da ritenzione, può manifestarsi anche con turbe cardio-vascolari, disordini psichici, talora manifestazioni gottose o pseudo-gottose, manifestazioni a carico dell'organo della vista e dell'udito, a carico del polmone, del rene, della vescica.

Tali complicazioni impongono un trattamento oltrechè locale, generale e dimostrano la necessità di operare in modo estremamente economico.

M.

Glucosio e insulina nel trattamento del vomito gravidico.

L'introduzione di glucosio per via endovenosa nel trattamento dell'iperemesi delle gravide fu praticata da Titus, Hoffmann e Givens nel 1920. Il metodo consiste nell'iniezione ogni 3 ore di 30-60 cent. cubici di una sol. di glucosio al 10:100, addizionata a bicarbonato di sodio al 2:100. I risultati furono quasi costantemente ottimi, e da questi gli AA. furono autorizzati ad emettere una ipotesi patogenetica secondo la quale l'iperemesi gravidica sarebbe dovuta ad una deficienza di carboidrati da parte della madre, per sopperire al fabbisogno dell'embrione in via di sviluppo, e, secondariamente, ad una tossiemia per cattivo funzionamento del fegato.

Thalhimer nel 1924 modificò il metodo aggiungendo al glucosio l'insulina. Egli usava 1000 cent. cubici di soluzione di glucosio al 10:100, somministrata per via endovenosa in dose di 200-300 cent. cubici all'ora, da ripetersi all'occorrenza, e iniettava pure ogni ora 10 unità d'insulina, con un totale di 30 unità.

E. L. King (*Journ. A. M. A.*, 8 maggio 1926) porta un contributo di 7 casi, tutti gravi, trattati in tale maniera.

In quattro il beneficio fu ottimo e rapido. In uno, date le condizioni gravissime in cui versava all'inizio della cura, sopravvenne la morte, nonostante che in pari tempo si fosse praticato l'aborto.

In un altro pure si ebbe esito letale, essendo stato anche rifiutato dalla paziente l'intervento abortivo.

Nell'ultimo, infine, riuscito nullo il trattamento medicamentoso, si riuscì coll'aborto a salvare la malata.

M. FABERI.

Per arrestare medicalmente le emorragie del cancro dell'utero.

In generale nel cancro dell'utero (Thomas, *Paris médical*, 1926, n. 11) l'emorragia rappresenta il primo sintoma apprezzablie in ordine di tempo. Esse sono dovute non a superfici ulcerate, ma alla metrite concomitante od al flusso provocato dalla presenza del cancro quale spina irritativa. Ricorderemo che per arrestare tali emorragie furono proposte iniezioni calde con percloruro di ferro, di tannino, di permanganato, di liquore del Labarraque, pennellazioni del collo con benzoino, con soluzione di antipirina, di adrenalina, tamponamenti con sostanze gelatinose, o con ferropirina, iniezioni nella massa del tumore di antipirina, di percloruro di ferro. Ed aggiungi la segala cornuta, l'adrenalina, il cloruro di calcio, la digitale. Buoni risultati offre il tartrato di ergotamina cristallizzato, alcaloide di recente estratto dalla segala cornuta, che in soluzione all'1 per mille ha potuto arrestare emorragie anche gravi. Tale sostanza per via ipodermica in casi di emorragia grave o per ingestione può portare all'arresto dell'emorragia.

M.

Nelle perdite bianche « sine materia » delle giovanette.

Prendere all'inizio dei due principali pasti una delle seguenti pillole:

Carbonato di manganese	cg. 2
Protossalato di ferro	cg. 5
Quassina cristallizzata	mg. 2
Polvere d'aloe del Capo	cg. 5
Eccipiente	q. b.

Per una pillola.

(*Journ. de méd. de Paris*).

fil.

Miomi e circolazione.

Le relazioni tra i miomi e le ghiandole a secrezione interna sono conosciute. Si sa infatti come con la menopausa e dopo la castrazione essi regrediscono, e si conoscono casi associati con gozzo e con alterazioni della pigmentazione per lesioni delle surrenali.

E. Strassmann (rif. in: *The Endocrine Survey*, giugno 1926), dopo aver osservato gran numero di casi, giunge alla conclusione che il mioma sia dovuto ad una disfunzione ovarica che, da un lato, provoca la proliferazione del tessuto muscolare uterino, e, dall'altro lato, genera ipertensione vasale e dilatazione cardiaca.

Il disturbo funzionale dell'ovaio si svolgerebbe nel senso di una iperfunzione dell'organo.

La cura dovrebbe di conseguenza essere volta sopratutto alle ovaia.

La somministrazione continua di estratto di ghiandola mammaria riesce spesso di utilità sorprendente, per l'azione regolatrice esercitata sulla funzionalità ovarica. M. FABERI.

Carcinoma e cisti del seno.

Queste due affezioni del seno vengono di solito dissociate in modo quasi antitetico, e non si pensa che invece possono presentarsi insieme oppure successivamente. In vicinanza di una semplice cisti, può svilupparsi un carcinoma oppure questo può provocare lo sviluppo di una cisti o subire la degenerazione cistica.

Come fa osservare D. Fitzwilliams (*The Practitioner*, giugno 1925) la diagnosi di regola non è difficile a meno che la cisti sia molto tesa e dia quindi al dito che palpa la sensazione di una massa solida. È poi quasi impossibile diagnosticare il carcinoma in presenza di una cisti, poichè questa maschera la durezza della parete. La degenerazione cistica viene sospettata quando il carcinoma aumenta improvvisamente di volume; veduti per la prima volta, questi carcinomi degenerati possono venir presi per una cisti semplice o per un ascesso comune o tubercolare, tanto più che sono ipertrofiche le ghiandole ascellari. Può anche accadere l'inverso e non sono rari i casi di tubercoli o di gomme presi per carcinomi.

Del tutto da sconsigliarsi è la puntura a scopo diagnostico. Essa, di fatto, non approda a nulla. Se si estrae del pus, ciò che dimostra trattarsi di un ascesso, si deve operare; lo stesso si dovrà fare quando si estrae del latte ciò che indica l'esistenza di un galattocele; la presenza di liquido sanguinolento è sospetta e si dovrà quindi con una biopsia accertare la diagnosi. L'estrazione di un liquido limpido non significa nulla, non è una prova assoluta di benignità e si dovrà pur sempre intervenire chirurgicamente per accertare le reali condizioni ed escludere la presenza del carcinoma. *fil.*

I falsi tumori della ghiandola mammaria.

A. Schwartz (*Paris médical*, 1926, n. 11) riporta il caso di una donna che, operata anni prima di un tumore cistico della mammella, si reca presso l'A. per farsi esaminare una nuova tumefazione a carico della mammella sinistra. L'A. riscontra una tumefazione unica, voluminosa tanto da poter essere visibile sotto i tegumenti, sotto la cicatrice operatoria antecedente, granulosa come una ghiandola durante l'allattamento, a contorni netti senza prolungamenti periferici, senza aderenze nè alla pelle nè in profondità, senza dolore nè adenopatie. La tumefazione non si deve certo riportare ad una mammite nella quale la massa infiammatoria è sempre un pochino sensibile alla pressione, è raro che non vi sia una lieve aderenza alla pelle, di consistenza soda e regolare. Non si tratta di tumore: cinque mesi dopo la tumefazione era sparita. Si trattava presumibilmente di un ingorgo ghiandolare limitato ad un lobulo od a un lobo della ghiandola.

La diagnosi (chirurgi eminenti nel caso presente avevano pensato a tumore), di casi analoghi è dunque difficile, ma si può fare senza ricorrere a biopsie o estirpazioni. Aggiungi che l'ablazione della sola tumefazione con l'esame istologico estemporaneo è nefasta in tumori anche parzialmente cancerosi, a meno che non sia seguita nello stesso giorno dall'operazione radicale. L'esame estemporaneo, anche il migliore, non permette sempre di svelare la natura cancerosa di un tumore quando si tratti di una lesione benigna che abbia degenerato. E' da riprovare anche l'intervento immediato, largo di un tumore del seno di diagnosi difficile: questo fatto è la negazione pura e semplice della clinica che può risparmiare interventi gravi, mutilanti.

In casi del genere il trattamento consigliato è la compressione con ovatta e compresse umide: ma quel che è importante è il segnare con la massima esattezza sede e caratteri fisici del tumore e rivedere la malata almeno una volta al mese bene attenti al miglioramento od alla minima modificazione della tumefazione.

M.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Risultati di filtrazione del virus d'un sarcoma di topo.

Sono noti i risultati positivi ottenuti da Gye col filtrato del sarcoma di topo che produce un tumore dopo 7 giorni dall'inoculazione. La preparazione del filtrato viene fatta in brodo di Hartley al cloruro di potassio ed in anaerobiosi. Con l'inoculazione del filtrato alla candela di Chamberland L. 1 Gye avrebbe avuto 6 risultati positivi su 6 topi trattati.

Harde et Henri (*Soc. de Biologie*, n. 4, 1926) hanno ripetuto tali esperienze e su 43 animali

sperimentati hanno avuto 43 risultati negativi. Comunicazioni ulteriori di Gye riducono ad 1 su 50 i risultati positivi.

Gye sostiene che le cellule del tumore non resistono al di là di 18 ore alla temperatura di 37° in anaerobiosi e con la morte della cellula si ha quella del virus intracellulare mentre sopravvive quello extracellulare.

Secondo Gye il liquido superiore della cultura non filtrato dà come risultato positivo 1-2 su 6 mentre il frammento di tumore che sta in fondo non dà mai risultato positivo.

Invece gli AA. con il frammento del fondo hanno avuto 3 su 5 risultati positivi con tumori che si trapiantano in serie. Il pezzo osservato istologicamente si presentava uguale al tumore iniziale. Iniettando in 6 topi il liquido superiore della cultura hanno avuto 6 su 6 risultati negativi.

In tutte le esperienze non hanno mai osservato alcun microbo nè microscopicamente nè in cultura. In conclusione inoculando 43 topi con filtrato hanno avuto risultato negativo; la cellula sarcomatosa rimane vivente e virulenta dopo 24 ore in anaerobiosi a 37°.

R. BRANCATI.

Nuovi reperti batteriologici nella balanite gangrenosa.

G. Scherber (*Wien. Klin. Woch.*, n. 28, 1926), ha dimostrato in sezioni del prepuzio prese da casi di balanite gangrenosa e di ulcera fagedenica diverse forme di microrganismi: cioè cocchi gram-positivi (streptococchi), aerobi e anaerobi. Le due qualità di cocchi si trovano in enorme quantità alla superficie del prepuzio e sulla cute delle regioni ammalate; essi penetrano nella profondità del tessuto, gli anaerobi fino al disotto della zona gangrenosa. In alcuni punti i cocchi si trovano in simbiosi con spirilli e con bacilli fusiformi, analogamente a quanto si osserva nei processi gangrenosi della bocca e del polmone.

In quasi tutti i casi il secreto superficiale e talvolta anche i tessuti profondi contenevano abbondanti bacilli fusiformi della necrosi. Anche questi germi possono indubbiamente determinare per se stessi la gangrena perchè in circa due terzi dei casi in alcuni punti ammalati si rinvennero soltanto questi bacilli fusiformi, non associati ad altri microrganismi. Tutti i microrganismi trovati sono patogeni; tra essi le spirochete hanno però la maggior capacità di penetrazione.

POLLITZER.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia della piorrea alveolo-dentale. — All'abb. n. 11293-4:

Condizione indispensabile per la cura delle malattie del paradenzio (paradentiti e paradentosi) è il risanamento igienico locale. Quindi ablazione completa del tartaro con perfetto raschiamento delle tasche piorroiche, sia dente per dente, anche con gengivectomia, sia con asportazione simultanea delle concrezioni con vero intervento chirurgico radicale (Widmann, Neumann).

Si estrarranno i denti più mobili e non più passibili di miglioramento, per quanto, per i denti mobili anteriori, ragioni estetiche possono indurci al tentativo di una legatura interdentaria con filo metallico o con cordoncino di seta cerata. Si limeranno con ruota di *carborundum* i denti sopraelevati, allo scopo di diminuire il dannoso traumatismo durante il combaciamento con i denti opponenti. Riusciranno utili i lavaggi con liquidi astringenti delle tasche piorroiche: alcuni iniettano, con debite precauzioni, l'acido solforico (puro o al 10 %), l'acido idrofluorico, l'acido lattico, ecc. Gottlieb consiglia la terapia arsenicale interna col liquore arsenicale di Fowler. Risultati incerti hanno dato i vaccini ed i raggi ultravioletti.

Si consiglierà ai pazienti una scrupolosa igiene giornaliera della bocca: spazzolare i denti, mattina e sera, con dentifricio di puro sapone, immergendo ogni volta lo spazzolino nell'alcool subito dopo l'uso; lavaggi astringenti con tintura di mirra o di ratania, con jodio (gengiviticon); massaggi gengivali con un panno a trama ruvida, in direzione dalla gengiva ai denti. Sorvegliare le urine (glicosuria) e il tubo digerente (stitichezza); combattere l'uricemia; ricorrere allo specialista almeno due volte l'anno per la pulitura dentaria.

A. PIPERNO.

Sordomutismo e lue ereditaria. — All'abb. A. A. da T.:

Può darsi che nel suo caso il sordomutismo dipenda da lue ereditaria (3ª generazione, oppure da parte della madre, il che è più probabile).

Per la madre e per la bambina consiglierei per ora sali di bismuto per iniez. endomuscolari. Per la madre almeno tre anni di cura, alternando preparati di bismuto a quelli di arsenobenzolo per via endomuscolare e in ogni caso fino a R. W. costantemente positiva per almeno 18 mesi.

Non è possibile dare fin da ora uno schema di cura per la bambina, senza esaminare il soggetto e seguirlo nel suo ulteriore sviluppo, tanto più che la R. W. è negativa. In ogni modo è da temere che il sordomutismo non guarirà.

Un buon trattato sulla sifilide ereditaria è quello di Hutinel: « Le terrain hérédo-syphilitique », Paris, Masson ed., 1926. V. MONTESANO.

Uso protratto dei glicerofosfati. — Al dott. B. P., da M.:

L'uso prolungato e ininterrotto dei glicerofosfati di calcio o di sodio, *per os*, alla dose di gr. 0.50, deve ritenersi del tutto esente da azioni farmacodinamiche spiacevoli. Si tratta di combinazioni semplicissime, « alimentari », del fosforo, e quantità molto più notevoli di acido glicerofosforico vengono giornalmente introdotte nell'organismo con l'alimentazione ricca di lecitine: uova, latte, ecc.

La lecitina contenuta nel torlo di un uovo è di gr. 1.5-1.7; essa nell'intestino viene scissa in colina, acidi grassi e *acido glicerofosforico*, il quale in massima parte viene assorbito.

Nella bibliografia non risulta registrato alcun caso di inconvenienti per l'uso dei glicerofosfati di calcio o di sodio. Il glicerofosfato di calcio, sovente, è impuro per cloruro o solfato di calcio, fosfato monocalcico, glicerina, ma anche in questo caso non sono registrati, nè da prevedersi, inconvenienti terapeutici. P. DI MATTEI.

VARIA.

Gli onorari dei medici.

(PEYTEL. *Le Paris médical*, dicembre 1925).

I tribunali francesi hanno dovuto frequentemente occuparsi di reclami dei medici contro malati che non pagano o contro eredi di ammalati morti, e sembra stabilito a quali norme debbono attenersi i giudici per legittimare il reclamo. In genere i medici tengono conto della gravità della malattia: le cure prestate dal medico e la conseguente remunerazione debbono essere indipendenti dal risultato ottenuto. Secondo elemento è la posizione sociale ed economica del malato, e d'altro canto, la rinomanza del medico. Per quanto riguarda la medicina generale, il tribunale tiene conto del numero delle visite, della perdita di tempo, delle difficoltà incontrate dal medico, e così pure della lontananza per apprezzare il prezzo di ciascuna visita.

Capita spesso che il medico sia chiamato di notte: un decreto della Corte di Lyon decide che il prezzo delle visite notturne, debbano avere un aumento.

Al contrario un decreto di Bordeaux, pur riconoscendo che il prezzo di una visita quale era reclamato dal medico, non era esagerato, ha creduto che per avere il totale degli onorari dovuti ad un medico chiamato moltissime volte durante la malattia di un cliente, bisognava calcolare questi onorari moltiplicando il numero delle visite per l'onorario di una visita: gli onorari in tal caso debbono essere liquidati tenendo conto dell'insieme dei dati. Contemporaneamente il decreto stesso, ha deciso che il malato non poteva giustificare la sua domanda di ribasso degli onorari, con l'amicizia che lo legava al medico « se il tribunale ha il dovere di ridurre l'esagerazione del medico così pure deve reprimere l'ingratitudine del cliente che rifiuta di soddisfare ».

Alcuni medici hanno fin dall'inizio di una malattia stabilito un prezzo a « forfait »: una convenzione di tal genere è perfettamente valevole in determinate condizioni.

Per gli onorari dei chirurgi i tribunali sono stati più di frequente chiamati al giudizio: se un'operazione ha portato a complicazioni aggravanti il lavoro del chirurgo, è stato deciso che il chirurgo non può reclamare un supplemento di onorario se, prima dell'operazione egli ha fissato a « forfait » una cifra che è stata accettata. Sembra però che nel giudizio in questione, il responso sia stato motivato dal fatto che concorrevano motivi di fatto mentre sembra invece che il chirurgo abbia diritto ad altri onorari se non si tratta di complicazioni immediate rendenti l'operazione più lunga e più difficile, ma di nuovi interventi che nessuno aveva potuto prevedere nel momento della convenzione.

Un altro quesito è stato posto: sul valore delle tariffe stabilite dal sindacato: la giurisprudenza è stata esplicita: queste tariffe non sono obbligatorie, esse possono costituire una indicazione pel giudice, ma non legano per niente il suo sovrano potere giudiziario.

MONTELEONE.

L'eccesso dei medici in Italia.

Secondo il sen. prof. Cirincione in Italia vi sono 45,000 medici, e di questi ben 13,000 eccedono il bisogno. D'altra parte, le 19 Università formano ogni anno circa 800 medici, mentre ne occorrerebbero appena 500 per sostituire quelli che muoiono o si ritirano dalla professione. Ai 13 mila medici inoperosi verranno aggiunti annualmente 394 neo laureati che dovranno rivolgere la loro attività in altro campo, se non vogliono vivere nell'indigenza. Ora i medici che si diano al commercio, all'industria o all'agricoltura o ad altre occupazioni proficue, sono ben pochi, perchè manca ogni affinità fra queste materie e gli studi da loro compiuti e quindi si può affermare che in media, rimangono permanentemente inoperosi o quasi, oltre 10 mila individui laureati nel solo campo della medicina.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Profilassi internazionale antivenerea.

Pubblichiamo l'accordo sottoscritto recentemente in Bruxelles dai rappresentanti dell'Argentina, Belgio, Cuba, Danimarca, Finlandia, Francia, Inghilterra, Italia, Monaco, Perù, Rumania, Svezia, e riguardante l'*Assistenza internazionale contro le malattie veneree dei marinai.*

Art. 1. — Le Alte Parti contraenti si impegnano ad istituire ed a mantenere nei porti principali sottoposti alla propria giurisdizione, tanto marittimi che fluviali, appositi servizi per la cura delle malattie veneree, per uso della marineria mercantile di ogni nazionalità. Tali servizi dovranno avere un personale sanitario specializzato e possedere una organizzazione costantemente tenuta al corrente dei progressi della scienza.

Dovranno avere un'efficienza ragguagliata alla intensità dei traffici dei singoli porti e disporre d'un quantitativo adatto di letti d'ospedale.

Art. 2. — Le cure mediche e la fornitura dei medicamenti saranno gratuite: come lo sarà il ricovero in ospedale, quando sia riconosciuto necessario dal medico di servizio.

I malati riceveranno inoltre gratuitamente i medicinali necessari per la cura cui dovranno assoggettarsi durante il corso della navigazione, fino al successivo scalo.

Art. 3. — Ad ogni malato verrà rilasciato un libretto strettamente personale sul quale egli verrà contraddistinto semplicemente da un numero e su cui i sanitari delle diverse cliniche inscriveranno:

a) la diagnosi, con un cenno sommario delle particolarità cliniche riscontrate all'esame;

b) il trattamento subìto in clinica;

c) le prescrizioni da osservare in navigazione;

d) il risultato degli esami sierologici praticati nel caso di sifilide (Wassermann).

I libretti. conformi al modulo annesso, potranno essere ulteriormente modificati mediante provvedimento amministrativo.

Sarebbe opportuno, per semplificare i confronti, che la ricerca della reazione di Wassermann venisse eseguita, per quanto possibile, con criteri tecnici uniformi.

Art. 4. — I capitani e padroni saranno tenuti ad informare i propri marinai dell'esistenza dei servizi disciplinati da questo accordo.

All'atto della sua prima visita a bordo od al momento dell'ammissione a pratica, l'Ufficiale sanitario fornirà al personale di bordo notizie circa i luoghi e le ore stabilite per le consultazioni.

Art. 5. — Gli Stati che non hanno partecipato al presente accordo potranno aderirvi, a richiesta. La loro adesione dovrà essere notificata, in via diplomatica, al Governo Belga e, per il tramite di questo, agli altri Governi firmatari dell'accordo.

Art. 6. — Il presente accordo avrà vigore entro tre mesi dallo scambio delle ratifiche. Ove una delle parti contraenti dovesse denunciarlo la denuncia avrà effetto solamente nei suoi riguardi, a distanza di un anno dalla data in cui sarà stata notificata al Governo Belga.

Art. 7. — Lasciando impregiudicata l'adozione di un diverso criterio da parte di taluna delle Potenze firmatarie dell'accordo, resta inteso che l'applicazione delle disposizioni che esso contiene non si estenderà ai Dominii con Governi autonomi, alle Colonie, Possedimenti e Protettorati delle Alte Parti contraenti e neppure ai territorii per i quali esse hanno accettato un mandato, in nome della Società delle Nazioni. Nondimeno le Alte Parti contraenti si riservano il diritto di aderire alla Convenzione per le modalità stabilite dall'art. 5 in nome dei loro Dominii autonomi, Colonie, Possedimenti, Protettorati e territori su cui sono investite di un mandato dalla Società delle Nazioni.

Si riservano altresì il diritto di denunciare separatamente in nome degli stessi l'accordo con l'osservanza delle norme fissate dall'art. 5.

Art. 8. — Il presente accordo dovrà essere ratificato e le ratifiche verranno depositate a Bruxelles, entro il più breve termine possibile.

La costituzione di impianti sanatoriali interprovinciali a Plancios.

È nota la cura che il Governo Nazionale pone nell'opera di prevenzione antitubercolare, e che si esplica nella ferrea organizzazione dei Consorzi Antitubercolari costituiti in ogni provincia del Regno. Perchè tale opera di prevenzione possa meglio rispondere alle esigenze nazionali. S. E. il Ministro delle Finanze d'intesa con S. E. il Ministro dell'Interno, ha disposto — secondo informazione del « Corriere dei Comuni » — che il territorio di Plancios (Alto Trentino) già appartenente alla Unione Tirolese, ed oggi proprietà del demanio dello Stato, sia destinato ad accogliere impianti sanatoriali interprovinciali per la prevenzione e cura della tubercolosi.

Per una esatta comprensione dell'alto valore umano e sociale di una siffatta volontà benefica statale occorre tenere presente come il territorio di Plancios sia giudicato ottimo dal punto di vista curativo e profilattico. Plancios — località di oltre mille ettari — è capace di ospitare i tubercolotici di un grande numero di provincie, le quali all'uopo possono riunirsi in consorzio ai sensi ed effetti dell'articolo 75 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839, per trovare nella reciprova solidarietà e cooperazione la possibilità finanziaria di conseguire obbiettivi conclusivi.

A questo proposito sappiamo che la Confederazione Nazionale degli Enti Autarchici, volendo assolvere ad un preciso dovere di coordinamento ed integrazione della attività degli Enti Confe-

derati, si è fatta iniziatrice della costituzione di un grande Consorzio interprovinciale Lombardo-Veneto in guisa da poter in breve volgere di tempo avere a Plancios i sanatori necessari.

Tale opera assumerà il valore di una missione sociale.

L'on. Maraviglia, Presidente della Confederazione Nazionale degli Enti Autarchici, ha diramato invito ai Consorzi Antitubercolari delle varie provincie d'Italia perchè, in conformità alle direttive del Governo Nazionale, vogliano aderire alla iniziativa interprovinciale assunta dalla Confederazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARCEVIA (*Ancona*). — Scad. 10 sett.; 2 condotte; L. 9000 (urbana) e L. 8500 (suburbana), oltre L. 1500 c.-v. e compenso supplementare per i poveri in soprannumero; tassa L. 50.

CASALUCE (*Caserta*). — L. 7000 e 5 quadr. dec. oltre L. 500 uff. san. Età lim. 40 a. Scad. ore 12 del 15 sett. Ab. 3500.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Entro il 15 sett., condotta rurale di S. Anna e Cavanella; eventualm. esami; età lim. 40 a.; tassa L. 50.10; stip. L. 9000 con aumenti periodici; oltre L. 1000-4000 trasp., alloggio gratuito in palazzina. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

FIUME. *R. Prefettura della Provincia del Carnaro.* — Ufficiale sanit. del Capoluogo. Scad. 30 sett., ore 12. Stip. L. 19,000; due trienni di L. 1000; per serv. attivo L. 2400; c.-v. L. 2500; età lim. a. 45 (50). Tassa L. 50.10. Chiedere annunzio.

FIUME. *Comune.* — Aiuto all'ufficiale sanitario; stip. L. 13,700 aumentab. a L. 15,000 dopo 6 anni; L. 3700 serv. attivo; c.-v. — Quattro condotte; stip. L. 11,350 aumentab. a 15,000 dopo 18 anni; L. 3300 serv. att., aumentabili a 3700 dopo 9 anni; ambul. L. 2000; c.-v.; indenn. trasp. da L. 2000 a 5000; addizion. L. 5 oltre 1500 pov. con mass. di L. 1500; p. suppl. L. 700; riconosc. serv. anter. — Il regolamento e il capitolato possono ottenersi dall'Economo del Comune (previo invio di L. 2 pel 1° posto, di L. 4 per gli altri quattro), richiedendoli al Commissario prefettizio del Comune, cui vanno mandati i documenti. A tutto 21 settembre.

IDRIA (*Udine*). — Consor. 7 comuni; scad. 15 sett.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att.; L. 3000 obbl. mezzo trasp.

LUCCA. — Medico scolastico; L. 11,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. attivo, L. 1000 indenn. trasf.; c.-v. Età mass. 35 a. Titoli ed esami. Scad. 11 sett. Rivolgersi al Comune.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Al 15 ott.; ab. 2670; iscritti c. 250; Km. 20 di cui 10 in piano, 6 in collina, 4 in monte; L. 8000 oltre L. 2 per ogni iscritto, L. 1000 trasp., L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., 1 c.-v. Tassa L. 50.10. Serv. entro 15 gg. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio.

PRESENZANO (*Caserta*). — Scad. 15 sett.; L. 8000. Rivolgersi al Podestà.

QUILIANO (*Genova*). — Scad. 21 sett.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; p. uff. san. L. 800; p. bicicl. L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

S. ZENO DEGLI EZZELINI (*Treviso*). — A 30 gg. dal 10 ag.; L. 8000 per 1000 iscritti, addizion. L. 5, per cavallo L. 3500, per uff. san. L. 600, c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; due anni in osped. o cond. Chiedere annunzio.

SASSARI. *R. Università.* — Professore non stabile di Clinica ostetrica. Domanda al Ministero della P. I. in carta boll. da L. 3 entro il 30 sett. Tassa di L. 100. Notizie sulla attività scientifica e carriera didattica in 10 esemplari.

TICENGO (*Cremona*). — Con Cimignano sul Naviglio; scad. 29 sett.; L. 11,500 fino a 1000 pov., indennità capitaria L. 2; mezzo trasp. L. 1500; uff. san. L. 500; c.-v.

TOLFA (*Roma*). — Scad. 15 sett.; L. 9500 per 1000 pov.; quota supplementare per le eccedenze; 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 2500 per servizio ospedaliero. Tassa L. 50.15.

TREVIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 22 sett. Vedi fasc. 32.

VIGOLO (*Bergamo*). — Consor. con Parzaniga; al 21 sett.; ab. 2000; iscritti 400; L. 10,000, oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 1500 trasp.; appartam. gratuito in casa civile, con orto.

Esami per medici di bordo.

È rinviata al mese di ottobre, in giorni da destinarsi, la sessione di esami di idoneità per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo, indetta con decreto 26 mar. 1926 pubblicato nella *G. U.* del 30 marzo 1926.

BORSE DI STUDIO.

Fondazione Marco Besso.

È indetto il concorso ad 11 borse di studio di Fondazione Marco Besso: 3 per giovani laureati nelle Università o diplomati nelle scuole superiori, delle quali 1 per studi di perfezionamento da compiersi all'estero, nella misura che sarà stabilita nel momento dell'assegnazione, ma non inferiore a L. 12,000 annue.

Le domande, con i documenti relativi, dovranno essere presentate alla Segreteria della Fondazione, in Roma, non più tardi del 30 settembre.

I concorrenti dovranno indicare per le borse di studio all'estero un programma degli studi che desiderano compiere.

(*Gazz. Uff.*, n. 169, 23 luglio 1926).

NOTIZIE DIVERSE.

Consiglio Superiore di Sanità.

Si è adunato dal 10 al 12 agosto, sotto la presidenza del sen. prof. Marchiafava. Il direttore generale della Sanità pubblica, dott. Messea, ha presentato una relazione intorno all'attività svolta dall'amministrazione sanitaria durante quest'ultimo periodo; seguì un'ampia discussione. Sono stati poi trattati numerosi affari iscritti all'ordine del giorno. Il sen. Marchiafava ha presentato gli ordini del giorno votati al sottosegretario per l'interno on. Teruzzi il quale ha assicurato il suo vivo interessamento al riguardo. Daremo presto una relazione dei lavori.

Congresso italiano di Dermatologia e Sifilografia.

Ricordiamo che l'annuale riunione della Società Italiana di Dermatologia e Sifilografia è convocata in Roma pel dicembre di quest'anno. I temi stabiliti dalla Presidenza per le relazioni ufficiali sono i seguenti: 1) La ghiandola tiroide in dermatologia; 2) Le prove biologiche nella infezione gonococcica.

Congresso italiano di Stomatologia.

Ha luogo dal 30 agosto al 3 settembre in Perugia (palazzo comunale). Relazione del prof. A. Beretta, sul tema: « Istogenesi, istologia e biochimica del dente in rapporto alla patogenesi dei processi cariosi ». Sono annunziate numerose comunicazioni. Al congresso intervengono alcuni stomatologi ungheresi. Il comitato ordinatore è presieduto dal prof. A. Piperno.

Congresso dei pediatri di lingua francese.

A richiesta di molti pediatri, tenute presenti le condizioni sfavorevoli del cambio, questo Congresso, che doveva adunarsi a Losanna verso la fine di settembre, è stato rimesso all'anno venturo, in data da destinarsi.

I Congresso rumeno d'oto-rino-laringologia.

Si terrà a Bucarest il 24 e il 25 ottobre, nel grande anfiteatro dell'Ospedale Coltea, sotto la presidenza di Al. Costinin. Temi: « Le vegetazioni adenoidi dal punto di vista endocrino », relatori Koleszes, Vasiliu e Tatarsky; « Il sordomutismo in Rumania », relatore Daraban. Segretario generale: M.-L. Mayershon, 81, Coltea Mosilor, Bucarest.

Per la vigilanza sul tracoma.

Il Ministero dell'Interno (Direzione generale della Sanità pubblica), con recente circolare, ha raccomandato agli Uffici d'Igiene di esercitare una particolare vigilanza sanitaria sugli Stabilimenti industriali in relazione alla immigrazione di personale affetto da tracoma proveniente da località colpite da questa malattia, e affinchè ricordino ai sanitari addetti agli stabilimenti industriali, officine, laboratori, cantieri, collegi, asili, scuole private, ecc. che la denunzia del tracoma è obbligatoria e che essa deve essere sollecita anche nei casi dubbi.

Campagna antitracomatosa nelle scuole.

Il Comune di Girgenti ha fatto distribuire un foglio d'istruzioni per la profilassi del tracoma nelle scuole; è redatto dal dott. V. Bonfiglio.

Per la lotta contro la tubercolosi.

Il Consiglio dell'Ordine dei Medici della Provincia di Genova, preoccupato del grave problema del diffondersi della tubercolosi, ha formulato un voto perchè le Autorità superiori prendano in considerazione queste tre direttive stimate sufficienti a risolvere la questione della lotta antitubercolare: 1) Obbligatorietà per legge della denuncia delle forme tubercolari aperte; 2) Istituzione di tubercolosari pei non abbienti e di case sanatoriali per gli abbienti, cercando: *a*) di far entrare nel dominio pubblico il concetto del tempestivo ricovero per facilitare con ciò il raggiungimento di una possibile guarigione clinica; *b*) di sfatare l'erroneo concetto di danni eventuali procurati dall'esistenza di case di cura per la tubercolosi in centri abitati; 3) La profilassi diretta, attuata mediante la vaccinazione obbligatoria dei neonati e degli adulti.

Provvedimenti per la panificazione.

Con recente decreto la resa della farina di grano è elevato all'80-85 % ed è fatto divieto d'impiegare la farina di grano per la fabbricazione di paste dolci e dolciumi.

Il Dopolavoro per l'impiego privato.

Sotto la presidenza del dott. comm. Aldo Lusignoli s'è riunita la Commissione Centrale del Dopolavoro per l'impiego privato. Si è deciso di differire a quando sarà in Roma l'augusto presidente dell'O. N. D., S. A. R. il Duca d'Aosta, l'insediamento ufficiale della Commissione stessa.

Il segretario Fenizi ha letto una relazione sul lavoro che la Commissione deve svolgere. Seguì un'ampia discussione.

Fu demandato al comm. Lusignoli l'incarico di nominare i fiduciari provinciali e di trattare con la Confederazione dell'Industria e con la Confederazione del Commercio per l'attuazione del Dopolavoro nell'impiego privato. Si decise di usufruire della sede della Mutua Impiegati, gentilmente da questi offerta, quale ufficio provvisorio.

Per le Terme di Salsomaggiore.

Con R. D. 17 giugno 1926 è approvato il contratto 26 maggio 1926, con il quale la Cassa Nazionale per le Assicurazioni sociali concede a mutuo al Regio Demanio la somma di 50 milioni di lire per l'assetto delle Regie Terme di Salsomaggiore e per la costruzione di uno stabilimento demaniale per le cure degli operaj e delle operaie.

Nell'Istituto italiano d'igiene, previdenza ed assistenza sociale.

Ritenuta la necessità di provvedere a riforme nell'ordinamento dell'Istituto italiano di igiene, previdenza ed assistenza sociale di Roma, allo scopo di coordinarne l'azione agli interessi attuali e durevoli della pubblica beneficenza, con D. M. 24 giugno 1926, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale*, n. 172, 27 luglio 1926, è stata sciolta l'Amministrazione di detto Istituto. Temporaneamente la gestione ne è affidata al gr. uff. prof. Paolo Medolaghi, con l'incarico di proporre, entro 6 mesi, tutte le riforme che riterrà opportune nello statuto e nell'amministrazione dell'Ente stesso.

Istituto Nazionale Medico Farmacologico « Serono ».

Con recente deliberazione questa importante Ditta industriale farmacologica ha aggiunto alla propria testata il nome del suo fondatore e direttore generale prof. gr. uff. Serono, in doveroso riconoscimento dell'opera solerte, intelligente, avveduta prestata a vantaggio dell'Istituto stesso.

Ingrandimento di Università americana.

L'Università di Virginia ha promosso una campagna per raccogliere 1.400.000 dol. (pari ad oltre 40 milioni di lire it.), destinati a ingrandire e integrare gli edifizi universitari. La campagna ha avuto pieno successo. I privati hanno concorso con 351.000 dol.; lo stato di Virginia con 250.000; la Fondazione Rockefeller con 800.000. Si è costituito un Comitato per la costruzione; esso è presieduto dal prof. R. B. Bean; i nuovi edifizi si conformeranno al tipo di quelli antichi, sui vecchi progetti dell'architetto Thomas Jefferson.

Corsi di perfezionamento a Vienna.

Un corso internazionale sui principali problemi del giorno della medicina con particolare riguardo alla terapia avrà luogo dal 27 settembre al 9 ottobre, seguìto da una settimana seminaristica; onorario 40 doll. Chiedere il programma.

Dal 29 novembre al 12 dicembre avrà luogo un corso internazionale sulle malattie del cuore e dei vasi; il programma non è ancora fissato. Per informazioni rivolgersi: Dr. A. Kronfeld, Secretär der Internationalen Fortbildungskurse, Wien IX, Porzellangasse 22.

Commemorazione di Celso Pellizzari.

Ad iniziativa dell'Accademia medico-fisica, ha avuto luogo nell'Aula Magna dell'Università di Firenze una solenne commemorazione del compianto prof. Celso Pellizzari. Pronunziò il discorso commemorativo il prof. Jader Cappelli, direttore della Clinica dermosifilopatica di Torino.

Anniversario di laurea.

I laureati in medicina nella R. Università di Roma nell'anno 1891 hanno stabilito di festeggiare il 35° della laurea il 4 novembre p. v. Si prega di inviare l'adesione al prof. Mariano Carruccio, Piazza di Spagna, 35, Roma (6).

Incidente automobilistico.

Un'automobile sulla quale viaggiavano il prof. Riccardo Dalla Vedova e la sua Signora, è slittata, sulla strada che da Chianciano porta a Radicofani, andando a conficcarsi in un terrapieno e sfasciandovisi. La signora veniva lanciata fuori della macchina, riportando per fortuna soltanto leggere contusioni e la distorsione di un piede; il professore e lo chauffeur rimanevano sulla macchina incolumi.

Rallegramenti per lo scampato pericolo.

Denominazione unica della febbre tifoide.

Per disposizione Ministeriale, d'ora innanzi per denuncie, cause di morte, statistiche, pubblicazioni, ecc. la malattia detta « tifo », « ileotifo », « tifo addominale », ecc., deve essere unicamente denominata « *febbre tifoidea* », affinchè, fuori d'Italia, non si confonda questa malattia col « tifo esantematico », donde provvedimenti di rigore non giustificati da parte delle Autorità estere.

Cinematografie mediche di propaganda.

La « Metropolitan Life Insurance Company » di New York ha fatto allestire una nuova pellicola, dal titolo « Vie nuove verso l'antico »; concerne la cura della difterite, e viene mandata gratis (eccettuate le spese di porto) agli ufficiali sanitari e alle associazioni sanitarie che ne facciano richiesta alla sede della compagnia (Madison Avenue).

La « Travelers' Insurance Company » pure di New York, ha preparato un romanzo in pellicola, dal titolo « Ne mette conto », che concerne un operaio il quale cura da sè stesso una ferita alla mano; la pellicola viene ceduta in affitto, nello Stato di New York. Per eventuali informazioni rivolgersi al Supervisor of Exhibits, State Department of Health, 4 Clinton Avenue, Albany, N. Y.

Divieto di un epitaffio.

Un ricco signore di Montpellier ha imputato al prof. Paolo Delmas, clinico ostetrico in quella Università, la perdita della moglie, che non sarebbe stata curata a dovere; ed a perpetuare il suo risentimento, ha fatto erigere una cappella mortuaria, su cui ha fatto incidere a caratteri d'oro la dicitura: « Vittima dei professori ».

Contro di lui hanno promosso un'azione giudiziaria il Delmas e il Sindacato medico dello Hérault. Il Tribunale ha condannato il vedovo a sopprimere le parole incriminate, entro un mese dalla sentenza; a corrispondere un'ammenda di 20 franchi per ogni giorno di ritardo; lo ha condannato inoltre alle spese del giudizio ed all'indennità di 1 franco al prof. Delmas e di 500 franchi al Sindacato.

(Da « La Cl. Ostetr. », lug. 1926).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Bul. Med., 27-30 gen. — Numero sulla parassitologia.

Minerva Med., 30 dic. — Numero sulla diagn. precoce del cancro.

Arch. di Patol. e Cl. Med., dic. — N. PENDE. Le cinque incognite fondamentali del problema clinico. — I. SACCHETTO. Assorbimento del ferro ridotto per via gastr. — A. GALLUPPI. Calcio e tono cardiaco.

Morgagni, 17 gen. — A. MARASSINI. Propositi didattici e scientifici.

Ann. di Ottalmol., ecc., feb. — LO CASCIO. Neuroretinite nefritica.. —. FILETI. Pseudo-cisti corneali. — SCALINCI. Glaucoma emotivo.

Wien. Klin. Woch., 4 feb. — HOCHSINGER. La scarlattinella.

Deut. Med. Woch., 5 feb. — KIRSCHNER e MATTHES. Obliteraz. del pericadio. — SCHULTZ. Psicoterapia dell'insufficienza di sonno. — SCHNITZER. La chemoterapia.

Journ. de Méd. de Lyon. — G. BARBIER. L'esplorazione dei riflessi simpatici.

Ann. Inst. Pasteur, gen. — G. RAMON. Per accrescere la produz. delle antitossine. — J. REENSTIERNE. Riproduz. speriment. della lebbra nelle scimmie.

Lancet, 6 feb. — J. BERRY. Il gozzo. — J. C. DRUMMOND. Le vitamine liposolubili.

Morgagni, 24 gen. — R. DE NUNNO. Azione del salicilato di sodio sulla secrez. bil.

Minerva Med., 31 gen. — F. BESSONE. Metodo fisico di terapia delo scompenso cardiaco. — I. CIVALLERI. Singhiozzo epid. ed encef.

Brit. Med. Journ., 6 feb. — A. H. BURGERS. Progressi della chirurgia addominale. — H. ROLLESTON. Morbo di Hodgkin dell'uomo e degli animali.

Revue Neurol., gen. — R. CESTAN e al. Metab. basale degli acromegalici. — A. GORDON. Il riflesso paradossale. — A. DE CASTRO. Riflesso cutaneo mentoniero.

Münch. Med. Woch., 5 feb. — GAUTER. Trattamento dell'enfisema con pneumotorace parz. — KAPLAN. I gonococchi nei lochii puerperali.

Journal A. M. A., 16 gen. — W. D. SANSUM e al. Dieta carboidrata elevata nel diabete. — E. NOVAK. Sul siero antistreptococcico. — J. D. CAMP. Roentgenografia della sella turcica. — 23 gen. — H. E. MORK. Trauma e cancro. — R. M. TANDONSKY. Proteinuria. — P. SYMS. Prostatectomia perineale.

Arch. Argent. Apar. digert., ecc., dic. — P. ESCUDERO e al. Tumori cistici della testa del pancreas. — E. L. LANARI. Studio radiolog. dell'ulc. gastr. — R. SOLÉ. Indicazioni e tecnica della gastrectomia. — A. J. HEIDENREICH. Eziologia delle cirrosi epat.

Rev. Ibero-Amer. de Cienc. Méd., gen. — F. HERTAS BARRERO. Angine di petto ed endocarditi tossiche.

Paris Méd., 6 feb. — Numero di radiofisiologia e radioterapia.

Japan Med. World, 15 nov. — S. KERSANA. Eziol. del tifo esant. e del morbillo. — 15 dic. K. TAKADA. L'altezza dell'apice polm.

Bull. Sc. Med., nov.-dic. — N. SAMAJA. Mobilità apparente del fegato nella paralisi diaframmatica destra.

Riv. di Cl. Med., 30 dic. — M. TINTI. Porpora emorrag. fulminante in febbre mediterr.

Stomatol., feb. — A. PERNA. Neoplasmi delle gengive clinicam. benigni.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., gen. — V. HARDING e H. B. VAN WYCK. Cura dell'hyperemesis gravidarum. — I. KROSS. Le cause del travaglio. — D. L. BELDING. L'impetigo contagiosa neonatorum.

Arch. de Med., Cir., ecc., 6 feb. — I. M. ALDAMA TRUCHUELO. Afasia «verbale» di Head.

Journ. d. Praticiens, 6 feb. — H. GOUGEROT. Polisensibilizzazione alimentare eczematigena dopo intossicazione arsenobenzolica.

Minerva Med., 10 feb. — E. GIANNI. Epilessia tossica da piombo. — A. CECONI. Linfogranuloma.

Brain, dic. — M. CRITCHLEY e C. S. KUBOK. Il meccanismo del linguaggio e della deglutiz. nella paral. bulbare progressiva.

Soc. d. Hôp., 4 feb. — M. MAYER e C. TESTU. Scoliosi alternante con rachide a molla. — J. COMBY. L'ascesso di fissaz.

Giorn. di Batteriol. e Immunol., gen. — E. CENTANNI e M. TRINCAS. Meccanismo di assuefaz. ai veleni come studio dei tipi immunitari. — A. AZZI. Corpuscoli bianchi e potere fagocitario nell'allenamento. — A. AZZI. Sanocrysin.

Pensiero Med., 31 gen. — A. BETTOLO. Idiosincrasie da medicamenti.

Proc. R. Soc. Med., *feb.* — Discussioni: tumore splenico infantile; nefriti. Casistica.

Wien. Klin. Woch., 11 feb. — BÖHNE. Progressi della immunologia e ripercussioni sull'epidemiologia e la profilassi.

Mediz. Klinik, 12 feb. — GOLDSCHEIDER e al. La natura della fame d'aria. — K. GUTZEIT. Diagnosi roentgenologica dell'addome super.

Deut. Med. Woch., 12 feb. — ARNOLDI e SCHECHTER. Disturbi secretivi dello sotmaco. — LORANT. Coma diabetico stenico.

Münch. Med. Woch., 12 feb. — JAMIN. La scrofolosi. — WIELOCH. Profilassi dell'eclampsia.

Gazz. Med. Italo-Argent., 15 gen. — N. ROJAS e E. A. LOMBARDI. Sindrome bulbo-pontino laterale.

Ann. de Méd., dic. — Numero sulle sindromi tuberiane.

Presse Méd., 6 feb. — CLUZET e al. Emanazioni di thorium nella gotta.

Journ. de Méd. de Paris, 8 feb. — PIERRE-ROBIN. Guarig. della piorrea alveolare.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., feb. — J. BYRNE. Le pupille nel dolore e nell'iperalgia. — G. H. PARKER. Demenza precoce in gemelli. — S. ROTTENBERG. Casi insoliti di compress. del midollo sp.

Paris Méd., 13 feb. — CAYREL. Si deve smembrare la febbre di Malta?

Journ. Méd. Français, gen. — Numero sull'occhio in patologia medica.

Presse Méd., 10 feb. — M. CHIRAY e I. PAVEL. Patogenesi della colica epatica. — R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE. Batteriologia e chimica fisica.

Folia Gynaecol., 1. — G. GIAVOTTO. Glicuronuria materna puerper. e glicuron. del neonato. — M. ORRÙ. Peptonuria puerper. — C. VERCESI. Isteropessi col met. Alfieri.

Riv. San. Sicil., 15 feb. — G. BECCADELLI. Malario-terapia nella paral. progr.

Scalpel, 13 feb. — SLUYS. Gammaterapia.

Encéphale, feb. — SÉZARY e BARBÉ. Chimioterapia della paral. gen. — J. E. NICOLLE e J. P. STEEL. Malaria-terapia della p. g.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 14 feb. — A. CLERICI. Il fermento respiratorio. — P. GALLI. Avvelenam. da solfuro di carb.

Journal A. M. A., 30 gen. — P. H. DESNOES. Mal di mare. — J. H. BLACK e M. C. MOORE. Terapia pollinica con estratti privi di polline.

Wien. Arch. inn. Med., 1. — S. WASSERMANN. Nuovi punti di vista clinici sulla dottrina dell'asma cardiale.

Journ. d. Prat., 13 feb. — E. TERRIEN. Sublussazioni del cristallino.

Pediatr., 15 feb. — L. SABATINI. Diagn. di scarlattina. — C. GALLO. Il vomito nell'infanzia.

Bull. Méd., 10-13 feb. — A.-C. GUILLAUME. Le tossiemie e la pelle.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 6 Settembre 1926 Fasc. 36

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROBLEMI DIBATTUTI.

ISTITUTO DERMOSIFILOPATICO DELLA R. UN. DI PALERMO.

I risultati della terapia antisifilitica dell'Ehrlich, maturati nella collettività

del prof. LUIGI PHILIPPSON.

Già da circa 20 anni la sintomatologia della sifilide negli ammalati che frequentano l'ambulatorio, annesso a questa clinica, e che si reclutano tanto dalla città di Palermo, quanto dalla provincia, è andata man mano cambiandosi, ed è diventata vieppiù mite e scarsa, mentre prima noi osservammo svolgersi la sifilide recente con tutti i suoi sintomi tipici, di cui facevano parte — oltre i più svariati esantemi — deperimento, oligoemia, dolori osteocopi, cefalea, irite, placche mucose e osservammo in abbondanza le affezioni terziarie del tegumento, delle ossa, del naso, del testicolo e della lingua.

Il miglioramento non era da attribuirsi esclusivamente alla migliorata terapia, la quale nel passato era a preferenza orale e fu poi sostituita dalle iniezioni mercuriali. Ci contribuirono pure altre circostanze. La conoscenza della sifilide era andata maggiormente diffondendosi nel pubblico, il quale perciò ricorreva più presto e più frequentemente al medico. La nutrizione della popolazione era andata migliorando e cognizioni igieniche erano andate introducendovisi.

Quando poi nel 1910 colla scoperta di Ehrlich la terapia antisifilitica si arricchì del salvarsan, il quale, come è risaputo, non possiede soltanto la proprietà di reprimere più sollecitamente i sintomi che il mercurio, ma anche quella di impedire molto più efficacemente le recidive che questo rimedio, si poteva già prevedere che col tempo, allorquando la nuova terapia si sarebbe diffusa nel ceto medico, la sifilide avrebbe mutata la sua indole ancora di più.

Difatti se già prima io ho dovuto modificare l'insegnamento della sifilografia alla scuola a causa della scarsezza del materiale di dimostrazione ed ho dovuto spiegare alla scolaresca che alla descrizione della sifilide che si trova nei

trattati non corrisponde che in piccola parte la sifilide che noi osserviamo nella collettività; oramai io debbo esporre una malattia, la quale giusto nel periodo chiamato anticamente virulento e eruttivo non produce che manifestazioni scarse e rare e il cui periodo terziario si limita a delle affezioni altrettanto scarse e molto meno gravi che nel passato.

Stando così le cose da noi, m'interessava conoscere il modo di comportarsi della sifilide nei paesi, in cui già da 15 anni la terapia di Ehrlich è stata messa in opera su larga scala, come in Germania, Austria, Francia. Dalla letteratura mi è stato dato di raccogliere alcuni giudizii che vengono a confermare e a completare le osservazioni, fatte qui a Palermo.

Il prof. Finger, il quale da parecchi decennii dirige il reparto dei sifilitici nell'Ospedale generale di *Vienna* si esprime così: « La sifilide ha perduto la sua indole di malattia cutanea, epperò non c'è più bisogno trattarla in una clinica dermatologica ».

L'importanza di questa dichiarazione si riconosce senz'altro, quando si pensi che nel passato nelle grandi città occorreva appunto la degenza ospedaliera per i sifilitici, perchè erano affetti di manifestazioni cutanee assai visibili e anche molto contagiose. La terapia di Ehrlich le sopprime rapidamente, le evita e ostacola assai le loro recidive, dimodochè la cura della sifilide può venire eseguita con grande successo anche ambulatoriamente.

A *Parigi* il Gougerot nel « Traitement de la syphilis 1921 » osserva in proposito:

« Se il trattamento della sifilide recente vien continuato malgrado l'assenza di sintomi, la sifilide rimane press'a poco sempre latente e bisogna sperare che *presto la sifilide secondaria recidivante non avrà che esistenza storica* ».

In *Germania* il Iadassohn ha visto lo stesso fatto: « Le recidive papulose delle mucose, della pelle, l'irite e via dicendo, le quali colla cura mercuriale tanto sintomatica, quanto cronica-intermittente erano molto frequenti, colla terapia salvarsanica sono *essenzialmente più rare* e negli ammalati, trattati colla medesima energicamente e ripetutamente *addirittura eccezionali* ».

Egli cita ancora le statistiche di Scholtz e Willmer (*Germania*) e Pontoppidan (*Danimarca*), da cui risulta pure *diminuizione indubbiamente* forte delle recidive della sifilide secondaria, non solo nei casi, curati abortivamente, ma anche in quelli, presi più tardi in cura.

In quanto alle *placche mucose* il Lieven fa il seguente rilievo nel capitolo di sifilide delle vie aeree superiori nel trattato di sifilide, redatto da Meirowsky e Pinkus nel 1923:

« Dacchè esiste 606 le placche mucose sono diventate *rare* nell'ambulatorio. Pertanto la conoscenza delle medesime da parte della giovane generazione di medici è diventata minore, epperò ogni caso che capita dovrebbe venir sfruttato per l'insegnamento ».

L'oftalmologo Rosenberg dell'Università di Berlino nello stesso trattato non giudica diversamente sulla sifilide dell'*occhio*:

« I tempi, in cui fra le malattie dell'occhio predominava la sifilide, oramai sono fortunatamente passati grazie alla migliore conoscenza della sifilide e del suo germe, alla nostra diagnostica più perfezionata e al trattamento più precoce. Malgrado l'enorme diffusione che ha preso la lue durante il tempo di guerra e nel dopoguerra, oggi si può constatare che *le malattie oculari sifilitiche sono diventate spiccatamente più rare*. E accanto a questo regresso numerico è da osservarsi nelle varie forme morbose uno spostamento a *favore delle più miti* ».

Il chirurgo Liek di Danzig (nel trattato citato) dice nel capitolo sulla *sifilide delle ossa*:

« Già nel secolo passato le osservazioni di gravi forme di sifilide ossea erano diventate *vieppiù rare* e oggigiorno anche nelle consultazioni dei più occupati sifilologi le distruzioni e mutilazioni delle ossa, tanto note ai nostri antenati medici, sono diventate *estremamente rare* ».

Lo stesso vale anche per la sifilide dello *scheletro naso-palatino* secondo il sopracitato laringologo Lieven.

« Le statistiche antiche sulla frequenza relativa della sifilide terziaria delle vie aeree superiori oramai *non hanno più valore*. Già prima dell'introduzione di 606 e sotto l'influenza del trattamento cronico intermittente tali casi erano diventati *molto meno frequenti*. Oggi l'occasione di vederli è *diventata ancora minore* ».

Il pediatra Davidsohn di Berlino (nel trattato citato) osserva che « col trattamento moderno della *sifilide congenita* il numero delle recidive è *scarso;* spesso dopo il trattamento delle prime manifestazioni avviene se non guarigione, almeno completa latenza che dura per degli anni ».

E ancora: « la triade di Hutchinson è patognomonico per la sifilide congenita; la sua importanza vien però limitata dal fatto che — probabilmente sotto l'influenza della cura moderna della sifilide — è diventata *estremamente rara* ».

Sulla sifilide dell'*aorta* Fraenkel (nel capitolo sulla sifilide degli organi del torace nello stesso trattato) scrive:

« Oggi la sifilide dell'aorta è un quadro morboso ben caratterizzato anatomicamente e diagnosticabile coi mezzi d'indagine sperimentale e rappresenta un vero progresso della medicina mo-

derna. Si deve al medesimo che *malgrado l'aumento della sifilide* una delle malattie più tormentose e pericolose, e cioè *l'aneurisma*, diventa *vieppiù rara* (appunto perchè tempestivamente sottomessa alla cura salvarsanica) ».

Anche nella *sifilide del fegato* Hubert di Monaco (lo stesso trattato) ha potuto constatare il miglioramento.

« Più rara che l'epatite interstiziale è *l'epatite gommosa*. Specialmente negli ultimi anni questa è diventata di *estrema rarità*. Nei tempi passati era di certo più frequente. Ancora nel 1897 il Neumann, il quale ha tanti meriti nello studio della lue viscerale, la ritenne per più frequenti che l'epatite interstiziale ».

Cercando d'informarci sull'influenza che la terapia moderna della sifilide recente ha avuto sulla frequenza della sifilide del sistema nervoso, noi incontriamo nella letteratura frequentemente dei giudizii contraddittori in proposito. Mentre gli uni non trovano aumento, altri invece lo constatano. Però esaminando i fatti, su cui si basano tali giudizii, si vede che in realtà sono d'ordine differente. Difatti oggigiorno la sifilide nervosa non comprende soltanto la sifilide cerebro-spinale, la tabe e la paralisi, ma anche la cosidetta sifilide del liquido rachidiano, la quale, come si sa, consiste in reperti patologici ivi esistenti senza che vi siano già indizii clinici di un processo morboso del sistema nervoso. Chi li considera già quale processo morboso a sè stante giudicherà che la sifilide nervosa è già assai frequente nell'infezione recente e troverà che il salvarsan vi ha portato peggioramento, inquantochè i reperti patologici del liquido sono più intensi in ammalati, curati con questo rimedio, anzichè col mercurio. A questo giudizio contribuisce ancora l'insorgenza di neurorecidive in seguito a trattamento insufficiente, fatto con salvarsan, le quali colla cura mercuriale non avvengono. Altri invece non attribuiscono tanta importanza allo stato patologico del liquido nella sifilide recente, qualora lo stesso non sia accompagnato da segni clinici di una affezione del sistema nervoso, perchè trovano che in questo stadio dell'infezione esso non è che transitorio, non è così pronunziato, come nelle affezioni sifilitiche del sistema nervoso, sparisce pure spontaneamente e cede facilmente alle solite cure antisifilitiche. Per questi studiosi la quistione della frequenza della sifilide nervosa si riferisce quindi, come per lo innanzi, alla sifilide cerebro-spinale e alla metalue.

Ora riguardo alla prima io non ho trovato che un cenno, fatto dal Nonne in una discussione su questo argomento, e cioè che secondo la sua osservazione le forme acute della prima siano diventate più frequenti di prima.

In quanto alla metalue il Lugaro e il Tanzi nell'ultima edizione del loro trattato di malattie mentali non parlano di maggiore frequenza della medesima, come neppure il Mingazzini nella sua pubblicazione: « Sulla cura moderna della lue e della metalue nervosa » (*Biologia Médicale*, 1925). Il Nonne già nel 1921 fece noto per mezzo del Pette il risultato di una revisione del suo materiale di ammalati:

« Non è ancora possibile dar giudizio sicuro sulla misura, in cui 606 impedisce metalue. Il numero totale dei casi non è cresciuto almeno. Il tempo di scadenza della metalue sembra sia più breve di prima. I casi osservati hanno avuto sempre dosi insufficienti di 606 nel principio della sifilide; nessun caso è stato curato sufficientemente secondo le nostre cognizioni odierne ».

E nel 1925 (*Deutsch. Mediz. Woch.*, 1925) egli arriva alla stessa conclusione; il confronto, fatto per il materiale di 6 anni dal 1908-1914, di ammalati cioè precedentemente curati con Hg, e dal 1918-1924, in cui entravano ammalati, curati fino dal 1910 con salvarsan, non gli permette di dedurne un aumento della metalue.

Riguardo al rapporto fra terapia della sifilide e l'insorgenza della metalue c'è ancora da far una considerazione generica, e cioè, se la terapia sia veramente capace d'impedirla. Nel passato vi erano molti neurologi e psichiatri che ne dubitavano; dacchè però molti nuovi fatti, acquisiti dallo studio della metalue, l'hanno collegata più intimamente alla sifilide, la terapia antisifilitica viene invece più apprezzata.

Il Mingazzini nella pubblicazione sopracitata, dice in proposito:

« Il più importante compito è d'impedire che l'infezione attacchi il sistema nervoso centrale. Idealmente noi dovremmo sottoporre ogni ammalato di lue a cure specifiche energiche, finchè si sia ottenuta la completa sterilizzazione del corpo dagli spirocheti; se a ciò si riuscisse, si potrebbe sperare di non aver più tabe nè paralisi. Che ciò non sia soltanto teorico lo dimostra il fatto della reinfezione ».

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE PACINI IN S. MARCELLO PISTOIESE.

Frattura diafisaria sottocutanea della clavicola curata con il metodo di Couteaud.

Dott. ROBERTO REBIZZI, chirurgo, direttore.

I numerosi metodi e processi proposti per la cura esatta della frattura sottocutanea della clavicola dimostrano la insufficienza di ciascuno di essi e gli sforzi dei chirurghi nell'escogitare il modo più adatto a raggiungere il miglior risultato possibile.

È noto, anche a chi non ha una lunga pratica di Chirurgia, che, nei fratturati di clavicola, l'accavallamento dei monconi, l'accorciamento dell'osso e le conseguenti deformità, purchè non si abbia rigidità dell'articolazione scapolo-omerale, non compromettono notevolmente la funzionabilità della spalla, ma è noto, pure, che tali deformità offendono l'estetica e non tornano a decoro dell'arte medica.

Per questo, giustamente, il prof. Domenico Taddei, direttore della Clinica Chirurgica della Regia Università di Pisa, in una sua pubblicazione (*Il Policlinico*, Sez. prat., n. 8, a. 1925), richiama l'attenzione sulla cura delle fratture sottocutanee della clavicola ed illustra il metodo di Couteaud il quale, secondo la sua esperienza, dà i migliori risultati anatomici e funzionali.

Ho avuto occasione di sperimentare tale metodo in un giovane operaio ed il risultato ottimo mi spinge a pubblicare la mia osservazione:

M. Federigo, di anni 28, da Mammiano Pistoiese, operaio, il giorno 21 aprile 1925, correndo velocemente in bicicletta per una strada in accentuata discesa, si è scontrato con un motociclista che risaliva la stessa strada a notevole velocità. Per l'urto è stato sbalzato a terra di dove, privo di sensi, è stato raccolto e trasportato all'Ospedale.

All'esame obiettivo constato: Frattura sottocutanea al 3º medio della clavicola destra; frattura esposta al 3º superiore della tibia sinistra; escoriazioni alla mano destra e contusioni al 3º inferiore della coscia sinistra.

Tralasciando le altre lesioni, faccio notare che la frattura della clavicola, a becco di clarino, era localizzata un centimetro all'infuori del punto medio dell'osso; che il frammento acromiale era leggermente tirato in basso e all'indietro e che il frammento sternale era spostato in alto ed all'avanti per modo che la punta, con cui terminava, nei più piccoli movimenti del ferito, sporgendo sotto la cute, tendeva a perforarla.

La frattura esposta della tibia sinistra non permettendo una cura ambulatoria ed essendo grande interesse che il ferito, operaio in una ferriera, potesse conseguire una perfetta guarigione anatomica e, specialmente, funzionale, credetti opportuno ricorrere al metodo di Couteaud.

Il paziente venne, perciò, coricato supino nel suo letto reso più rigido da una tavola situata sotto la materassa e con la spalla lesa sporgente dal margine di questa e con il braccio e l'avambraccio, a gomito leggermente flesso, appoggiati su un piccolo tavolo soffice e più basso, circa venti centimetri, dal piano del letto, cioè venne posto nella seconda posizione del metodo di Couteaud. Feci poi applicare una borsa di ghiaccio sull'osso leso. Dopo due giorni la riduzione della frattura era quasi totalmente avvenuta e non dovendo più, ragionevolmente, temere una emorragia, feci togliere la vescica di ghiaccio e mi occupai di completare la riduzione e di mantenerla ridotta. A tale scopo, considerato che nella seconda posizione del metodo di Couteaud viene abolita, quasi totalmente, l'azione del peso dato dal braccio penzoloni, essendo questo appoggiato sul tavolo posto a fianco del letto, ricorsi ad una striscia di cerotto ad ansa, previa imbottitura con ovatta del cavo ascellare, situata e fissata in modo che passasse in corrispondenza dell'articolazione acromio-clavicolare e che avesse lo scopo, a mezzo di un peso, di aumentare l'azione traente in basso del moncone della spalla e del braccio senza però modificare la posizione del frammento distale della clavicola. A questa ansa sospesi, infatti, un sacchetto di rena, di circa g. 500, che scendeva verso il terreno nello spazio fra il margine del letto ed il bordo del piano del piccolo tavolo che sosteneva il braccio.

Il giorno seguente la riduzione della frattura fu completa.

Con questo artifizio mi fu facile constatare giornalmente la posizione dei frammenti e modificarla quando mi sembrava opportuno, variando il peso del sacchetto di rena e mi fu possibile controllare il progressivo formarsi del callo osseo. Nel mio caso, dopo quindici giorni, tolsi l'apparecchio e permisi all'ammalato di usare, moderatamente, dell'arto.

La guarigione fu ottima sotto ogni rapporto poichè non residuò nè accorciamento nè incurvamento dell'osso ed il callo di frattura riuscì di piccolissime proporzioni tanto che la differenza fra diametro massimo del callo ed osso normale era di appena un centimetro. Ora, a distanza di sei mesi, le due clavicole sono perfettamente uguali e la funzionalità dell'arto è completamente normale.

Ho la convinzione che l'ottimo risultato si debba esclusivamente al metodo di Couteaud, metodo che riduce perfettamente la frattura e che la mantiene ridotta fino a completo consolidamento.

Anche se il malato, come è accaduto nel mio caso, specialmente nei primi giorni, per l'irrequietezza data dal dolore e dal dover stare supino ed immobile, tende a sottrarsi all'azione dell'apparecchio, basta un po' d'interessamento da parte del personale di assistenza perchè ritorni a posto e perchè il peso, facendo di nuovo trazione sul moncone della spalla, riporti immediatamente i due frammenti nella posizione corretta.

Nel paziente in parola una perfetta guarigione della frattura della clavicola destra era necessaria soprattutto per il suo mestiere, poichè, dovendo

riprendere i faticosi lavori dell'officina, sarebbe stata menomata la sua capacità lavorativa da una lesione ossea mal ridotta e male consolidata.

Il metodo di Couteaud pure presentando l'inconveniente di un periodo di sacrifizio a letto, deve, secondo il mio modesto parere, preferirsi agli altri metodi o processi quando il paziente, per le sue speciali occupazioni, ha assoluto bisogno di una perfetta guarigione e deve consigliarsi, anche, al sesso femminile il quale tiene, giustamente, all'estetica e che considera come grave deturpazione una clavicola ad angolo, con callo deforme e notevolmente sporgente sotto la cute.

Riconosciuto, come dice il prof. Taddei e come è anche dimostrato dalla mia osservazione, che il metodo di Couteaud è il migliore per la riduzione e la contenzione della frattura sotto cutanea della clavicola, basta eliminarne gli inconvenienti perchè diventi il metodo di elezione. Ciò si ottiene rendendolo ambulatorio.

Nel mio caso la grave lesione della gamba sinistra mi ha fatto dare la preferenza al processo di Couteaud modificato da Oudard e Clement, ma il buon risultato ottenuto mi lascia credere che un apparecchio gessato che fissi la prima posizione di Couteaud non potrà dare che identiche ottime guarigioni.

S. Marcello Pistoiese, novembre 1925.

CONFERENZE.

La malaria cronica.

(V. ASCOLI. *Riv. di Malariologia*, 1926, n. 2).

In una conferenza tenuta ai corsi di perfezionamento in Carlsbad, l'A. osserva che la malaria cronica presenta, ai tempi nostri, particolare interesse biologico, clinico e soprattutto sociale, in quanto i malarici cronici costituiscono appunto quei serbatoi da cui gli anofeli attingono il virus che innestano ai soggetti indenni. Il malarico cronico, pertanto, è l'esponente dell'intensità della malaria di una data zona ed il più pericoloso agente dell'endemia.

È interessante seguire il processo per cui la malaria, da acuta, si fa cronica. L'organismo si difende contro la malaria mediante un'immunizzazione parziale, che è secondata dalla chinina e che tiene in freno la moltiplicazione del parassita. A sua volta, questo si difende contro l'organismo e contro la chinina acquistando una resistenza maggiore. Si determina così un adattamento reciproco che può protrarsi per anni e che costituisce la malaria cronica.

Il passaggio dalla forma acuta primitiva a quella cronica è segnato dalle caratteristiche recidive, episodi acuti in cui si ha un abbassamento temporaneo della resistenza dell'organismo, e dalle reinfezioni.

Diverso è però il comportamento di ciascuna varietà di parassita rispetto alla cronicizzazione.

Con l'inoculazione del *Plasmodium vivax* (terzana benigna) si hanno, 10-15 giorni dopo, le febbri, che subito, o dopo qualche accesso, assumono il corso periodico a tipo di terzana. Per lo più la chinina trionfa, dopo una o parecchie recidive, senza che il soggetto sia molto deteriorato. Nei paesi temperati, come p. es., in Italia, le recidive cessano con la sopravvenienza dell'inverno, ma tendono a ripresentarsi nella primavera successiva. Restano colpiti quasi esclusivamente gli organi emopoietici, ed in modo non grave. Dopo una lunga serie di febbri, il malato ha assunto un colorito pallido terreo, ha diminuzione del tono muscolare, facile stanchezza, pigrizia della volontà. Ai disturbi funzionali corrisponde anemia di medio grado con leucopenia e con mononucleosi modica, splenomegalia, indurimento appena sensibile del fegato. Gli accessi febbrili si ripetono per lo più miti ed irregolari.

Nella malaria quartana, piuttosto rara in Italia, gli accessi febbrili sogliono ripetersi con ostinazione anche maggiore che nella terzana benigna. Il quadro clinico non è dissimile da quello descritto, salvo che, più spesso che non per la terzana benigna, intervengono edemi e disturbi della funzione renale.

Alquanto diversamente vanno le cose per la terzana maligna, data dal *Plasmodium praecox*. Gli accessi febbrili si svolgono in modo meno brusco; spesso si uniscono a due a due, dando le febbri a tipo subentrante; non di rado si fondono, dando la febbre subcontinua; si accompagnano talora a fenomeni gravi ed anche pericolosi (*febbre perniciosa*). Il comportamento ad accessi non isolati, l'intensità della infezione generale e la comparsa di fenomeni pericolosi a carico dei singoli apparecchi, giustificano la denominazione di terzana maligna.

Il parassita si sviluppa negli organi ematopoietici, ma prende sede con varia predominanza anche nei parenchimi dei singoli organi (cervello, intestino, surreni, cuore, ecc.). Dall'intensità dell'anemia che consegue ad ogni accesso febbrile e dalla gravità dei disturbi generali è lecito indurre che questo parassita è più virulento; al peculiare carattere di dare volta per volta manifestazioni a carico di singoli apparecchi, corrispondono anatomo-patologicamente l'ingorgo dei parassiti nei capillari dell'organo e le lesioni degli elementi funzionanti specifici. Alle conseguenze dell'infezione generale, più intensa che nelle altre forme

di malaria, si aggiungono pertanto i disturbi causati dalle lesioni dei parenchimi organici. Dopo una serie, anche non lunga, di accessi, l'individuo presenta facile affanno, scarsa energia, torpore ed irregolarità delle funzioni digestive; è riconoscibile l'anemia più o meno intensa senza iperleucocitosi nè mononucleosi; cuore piuttosto sfiancato, talora con soffio sistolico alla punta; fegato per lo più aumentato di volume e di consistenza; milza notevolmente ingrandita (anche fin al disotto dell'ombelico dirigendosi a destra); talvolta albuminuria.

Scongiurato il primo pericolo con un intervento pronto ed energico della chinina (senza di che la malaria diverrebbe grave ed anche perniciosa) si può facilmente arrivare, in tempo relativamente breve e dopo non molte recidive, al quadro della malaria cronica, molto più importante che per la terzana benigna.

Il numero e la qualità dei parassiti circolanti nel sangue varia a seconda dei periodi della malattia. Nelle prime manifestazioni febbrili gli ematozoi si trovano in scarsissimo numero; questo invece aumenta negli accessi febbrili susseguenti e, dopo parecchi accessi e per un numero più o meno rilevante di recidive, si osserva una certa proporzione fra parassiti ed intensità dei fenomeni febbrili. Con il progredire della malaria e con lo stabilirsi della malaria cronica, si verifica il fenomeno inverso e cioè si trovano parassiti più o meno abbondanti nel sangue circolante, anche se i sintomi clinici sono miti e scarsi e, non di rado, anche se le manifestazioni cliniche sono fugaci e di poca entità, rappresentate p. es. da un'evanescente sensazione di freddo e di malessere, da una temporanea sudorazione, da una eccezionale frequenza di pulsazioni. Più tardi i parassiti scarseggiano e sono così rari in circolo che non rappresentano più di una generazione; a ciò corrisponde la fenomenologia della malaria cronica, che è vaga, mite ed irregolare.

Agli schizonti si aggiungono i gametociti, per i quali rimane tuttora soggetto di discussione se quelli femminili possono moltiplicarsi per partenogenesi nel circolo sanguigno dell'uomo.

Siccome, poi, con il sangue dei malarici anche non recenti, si può riprodurre sperimentalmente la malaria nei sani, mentre nell'individuo affetto le manifestazioni cliniche si regolarizzano e si attenuano, si deve inferirne che non l'ematozoo perda in vitalità e virulenza, ma che l'organismo umano vada gradatamente immunizzandosi contro di esso.

D'altra parte, come si è accennato, anche il parassita va acquistando una certa resistenza contro la chinina. L'esperienza clinica, del resto, ci dimostra che la chinina esercita un diverso grado di attività secondo i diversi periodi della malattia. Agisce cioè in modo più pronto e durevole contro le manifestazioni della malaria primitiva che non per troncare la febbre ed evitare le recidive della malaria cronica. I parassiti, specialmente degli individui profilassati con piccole dosi, si vanno come adattando alla chinina e la loro resistenza si dimostra più comune e più spiccata nei soggetti che hanno usato a lungo dosi piccole e nei malarici curati con dosi insufficienti. E siffatta resistenza può giungere a tal grado che i parassiti risentono poco l'azione del farmaco, anche se propinato a tempo debito ed a dosi ordinariamente efficaci. La vera chinino-resistenza però è alquanto rara e basta cambiare via di somministrazione, accrescere un po' la dose od usare un altro sale, per ottenere buoni risultati.

È proprio questa duplice resistenza della limitata immunizzazione dell'uomo contro la malaria e dei parassiti contro la chinina che costituisce l'essenza della malaria cronica. Essa rende conto del come i disturbi siano miti, oscillanti, ma facili a ripetersi.

Parallelamente alle modificazioni biologiche dell'organismo, si svolgono l'anemia di tipo particolare (senza leucocitosi e con mononucleosi), una certa tendenza apatica dell'individuo, la fiacchezza muscolare e talora cardiaca, i disturbi digestivi in rapporto con le costanti lesioni spleniche ed epatiche. Il malarico cronico è anche un individuo diminuito nella psiche, nella nutrizione, nelle forze lavorative.

* * *

Nella realtà della vita dei malarici si trova poi un altro coefficiente etiogenico della cronicità, di importanza anche superiore a quelli finora considerati, dato dalle condizioni dell'ambiente in cui essi vivono, soggetti come sono a *nuove infezioni*. Se il nuovo parassita innestato appartiene alla stessa specie del primo, si hanno disturbi meno imponenti (per la parziale immunizzazione dell'individuo), ma soprattutto si accentua la tendenza alle recidive. Se si tratta invece di altra specie, essa assume rigoglio vivace ed esprime la sua attività con le manifestazioni comuni alla varietà innestata. Frattanto il parassita precedente entra in stato di latenza, ma può riprendere vigore allorchè il secondo ha perduto in parte la sua attività, ricostituendo generazioni febbrigene e determinando i suoi danni. Le due varietà di parassiti possono così coesistere e svilupparsi alternativamente, oppure evolvere simultaneamente, dimostrarsi mediante la presenza contemporanea nel

sangue e promuovere accessi febbrili di andamento irregolare e generalmente grave. Questa forma di *malaria mista* costituisce uno stato più o meno grave ma soprattutto dispone alla cronicizzazione, per la quale è forse indispensabile nelle forme benigne di malaria la pluralità degli innesti; nella forma maligna ne basta certamente uno solo.

Dalla malaria cronica va separato il quadro clinico della *cachessia malarica*. In questa il malato è pallido, profondamente anemico, cascante nell'andatura, scarso di forze e volontà, spesso con albuminuria e con edemi; non suole presentare parassiti nel sangue, nè febbre. La miseria di lui è irreparabile a differenza del malarico cronico che può ritornare valido e, solo se non è curato a dovere, se non evita la reinoculazione, potrà diventare cachettico.

Il malarico cronico è spesso vittima di *malattie intercorrenti*, specialmente delle infezioni settiche e di quelle delle vie respiratorie; la polmonite e l'influenza mietono largamente nelle file dei malarici cronici.

*
* *

Rimedio essenziale ed unico per prevenire la malaria cronica è *la chinina*.

È anzitutto necessario troncare la malaria acuta febbrile con una dose sufficiente, che contenga g. 1-2 di alcaloide. È poi importante che avvenga l'immissione nel sangue in forte concentrazione e nel momento in cui si produce la schizogenesi, cioè quando il parassita è versato nel sangue e prima che penetri in un nuovo globulo rosso. In tal modo, entro 1-3-5 giorni si tronca qualsiasi malaria acuta febbrile. È però necessario proseguire il trattamento per sradicare i parassiti dall'organismo, somministrando le sopraindicate dosi di chinina quotidianamente per 15-20 giorni, ripetendo le somministrazioni bi- o trisettimanali per 2-3 mesi e riprendendole nella primavera ed estate successive.

Si può così ottenere la cura sufficiente, cioè sradicare il parassita dall'organismo, al quale scopo *la sola chinina basta;* questa convinzione dovrebbe essere assoluta nella mente dei medici. Se la diagnosi è precoce, cioè fatta nella prima settimana dall'innesto, la guarigione può essere rapida (in 1-2 mesi) e definitiva.

Anche nella cura della malaria cronica, la chinina esercita la parte predominante. L'A., nella sua esperienza non ha mai trovato nessun individuo chinino-resistente in senso assoluto; cambiando sale di chinina, dose, via di somministrazione, attendendo qualche giorno di chininizzazione per troncare le manifestazioni cliniche, ha rilevato che la chinina ha sempre dimostrato la sua efficacia. E pertanto ha rinunciato a tutte le formule terapeutiche in cui la chinina è associata alle sostanze dette *coadiuvanti*, quali l'arsenico ed il ferro. Un posto a parte fra i rimedi coadiuvanti merita l'*arsenico* e specialmente i preparati organici del gruppo degli *arsenobenzoli*, di cui l'azione va però sperimentata su più larga scala. Non è da escludersi che i rimedi coadiuvanti possano applicarsi nel trattamento sociale della malaria, ma sempre accompagnati da una dose sufficiente di chinina.

Utili risultano le *cure complementari*, fra cui le più indicate sono costituite dagli amari e dai lassativi blandi. Questi, specialmente sotto forma di acque minerali (Montecatini, Chianciano, Carlsbad), sono utili perchè modificano la secrezione biliare ed attivano l'eliminazione dei relitti dell'infezione (per la quale restano alterati il fegato e la milza) e migliorano le funzioni digerenti ed assimilative.

Ma vi è un altro punto essenziale per evitare la malaria cronica ed è quello di *evitare la reinoculazione*, il nemico più temibile per i malarici. Per la guarigione della malaria individuale sarà quindi consigliabile di seguire il precetto degli antichi maestri: *fuge coelum sub quo aegrotasti*. Per coloro che sono costretti a rimanere nei luoghi malarici, si metteranno in opera tutti i mezzi di lotta antianofelica, ivi comprese le grandi e le piccole bonifiche.

Se la guarigione della malaria individuale può, con queste direttive, considerarsi questione di buona volontà, la malaria nelle masse dei lavoratori delle zone palustri è *problema sociale* tutto da risolvere, ma che appare passibile di soluzione almeno teorica, poichè, se riesce possibile guarire l'individuo, si dovrà altresì poter guarire una massa. Per raggiungere tale scopo occorrono due condizioni: 1) che i malarici si curino bene; 2) che siano risparmiati dalle inoculazioni.

L'O. così conclude:

Le provvidenze necessarie richiedono però grande ricchezza di mezzi finanziari e potenza di organizzazione. Esse hanno radice nella medicina clinica, ma devono svolgersi nel campo della medicina sociale; e su questi grandi problemi, che importano la redenzione dai grandi flagelli umani, noi medici dobbiamo portare la nostra attenzione, propugnandone la soluzione con unità di intenti e di lavoro e con fervore di apostoli. Il progresso scientifico e la preservazione della salute, cui noi intendiamo, ci sollevano in quell'atmosfera dell'ideale umanitario dove non esiste altro confine che l'ignoto da esplorare: tormentosa seduzione degli spiriti eletti.

fil.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

Angina minore.

(J. HAY. *British medical Journal*, 10 luglio 1926).

La medicina moderna tende a dare maggior valore ai sintomi in confronto dei segni fisici. Questi sono rilevabili solo quando le alterazioni dell'organo malato sono grossolane ed irrimediabili, mentre generalmente i sintomi sono precoci e costituiscono il primo avviso delle lesioni che vanno stabilendosi. E poichè la terapia ha maggiori probabilità di successo quando le modificazioni degli organi non sono molto progredite, ne consegue agli effetti pratici che la importanza diagnostica dei sintomi deve prevalere su quella dei segni fisici.

È difficile che il male di un organo s'inizia senza qualche sofferenza subiettiva, dolore, malessere, disordini della funzione, esaurimento, astenia. Queste sensazioni devono essere considerate come fatti benefici, indici della difesa naturale, in quanto costituiscono l'avviso della perturbazione allo stato iniziale e quindi ancora riparabile.

Così è men raro di quanto si crede che l'angina pectoris scoppi improvvisamente con la terribile crisi; di solito essa è preceduta da disturbi minori, da un complesso di sintomi che ricordano alla lontana i sintomi dell'accesso classico e che costituiscono la così detta angina minore.

L'angina minore è stata chiamata anche il « petit mal » dell'angina pectoris, la forma « larvata » o « frazionata » della crisi classica, in quanto in essa compaiono solo in forma attenuata o solo alcuni dei sintomi del grande accesso stenocardico.

Essa è spesso il complesso sintomatico premunitorio, ma può anche alternarsi alle crisi della vera angina pectoris.

Il sintoma essenziale e più comune dell'angina minore è un senso di pena o di dolore in seguito a sforzo o raffreddamento. La sensazione penosa è varia per grado e carattere: vien descritta dai pazienti come un senso di oppressione, di costrizione, di peso, o di pienezza. È localizzata per lo più al terzo superiore e medio e meno al terzo inferiore dello sterno, ma può anche avvertirsi all'epigastrio, alla « bocca dello stomaco ». In tali casi si suole attribuire la sensazione ad indigestione, e tali pazienti sono per lo più trattati come dispeptici fino a quando un accesso di angina major svela la vera natura del male. L'errore è tanto più facile in quanto la crisi di solito è accompagnata da flatulenza e si calma con la emissione d'aria, e che spesso si verifica dopo i pasti presi subito dopo che il paziente ha fatto del moto.

I dolori dell'angina, minore e maggiore, sono continui e persistenti, hanno un crescendo e un diminuendo, con tendenza ad accentuarsi con gli sforzi e ad alleviarsi con il riposo.

È dubbio che il dolore anginoso sia provocato da esaurimento del miocardio, perchè si può avere grave insufficienza cardiaca senza dolore, mentre d'altra parte questa può scomparire quando l'insufficienza stessa diventa molto pronunziata. In effetti il primo segno dello scompenso cardiaco è la dispnea e non il dolore.

Le cause, sforzo o raffreddamento, che provocano il dolore anginoso hanno di caratteristico il fatto che determinano una tensione improvvisa della circolazione arteriosa e specie del ventricolo sinistro. Nella grande maggioranza dei casi c'è una lesione delle coronarie o una persistente iperpiesi: nel primo caso il sangue circolante nel miocardio diventa insufficiente quando al cuore è imposto un maggior lavoro; e nel secondo caso all'aorta ed al ventricolo sinistro è improvvisamente imposto un carico eccessivo.

Gli sforzi, il raffreddamento, e talvolta le emozioni, provocano un'ipertensione improvvisa che a sua volta si estrinseca con il dolore, che cessa con il riposo, o quando l'attività del miocardio si è riadattata all'alterata condizione.

Durante la crisi di angina major oltre il terribile dolore sternale si hanno sensazioni dolorose più o meno intense alla regione interscapolare, alle spalle, alle braccia, al giugulo, ed anche alla faccia ed agli occhi. Tali sensazioni si hanno anche nelle forme di angina mite e costituiscono un buon sussidio per il riconoscimento della natura del dolore sternale o epigastrico. La mancanza di questi sintomi accessori rende difficile la diagnosi.

Va anche notato che vi sono forme di angina minor, nelle quali i dolori irradiati prevalgono sul dolore sternale. Vi sono casi nei quali il fatto che più impressiona il paziente è un dolore ottuso ad una spalla o ad un braccio, dolore che è molto più intenso di quello al petto, quando c'è. L'accertamento della natura di tali dolori, che oltre che alla spalla ed al braccio, possono essere localizzati anche al polso ed alla gola, può esser fatta solo in base alla circostanza che essi compaiono in seguito a sforzi o a raffreddamento e cessano col riposo e con il riscaldamento. L'« indigestione » ed il « reumatismo » guariscono con il riposo.

Deve essere notato che questi eccessi di angina minor sono accompagnati da uno stato di ansia,

da una vaga paura, da un'apprensione che persistono anche dopo la cessazione del dolore. Questa angoscia, pur non raggiungendo il grado dell'angor animi, del senso di morte imminente che accompagna l'angina pectoris classica, è sproporzionata alle reali sofferenze del paziente.

I dolori anginosi possono essere in rapporto o ad affezioni organiche del sistema cardio-vascolare (angina primaria) o a fattori che abbassano la soglia del dolore o alterano episodicamente l'attività del miocardio (angina secondaria).

Le angine primarie sono determinate da malattie del miocardio con o senza partecipazione delle coronarie, dall'arteriosclerosi con o senza ipertensione, e dalle affezioni valvolari specie di quelle aortiche accompagnate spesso da aortite.

Le angine secondarie sono determinate da tossi-infezioni, intossicazioni, stati di esaurimento provocati da accesso di lavoro o da emozioni.

La distinzione diagnostica tra angina primaria e secondaria è molto importante dal punto di vista pratico agli effetti terapeutici e prognostici. Occorre pertanto procedere ad un attento esame dell'apparato cardio-vascolare per mettere in evidenza le eventuali cause organiche delle crisi dolorose. È a notare che tra le cause organiche la più frequente è l'arteriosclerosi, e quindi occorre bene esaminare lo stato delle arterie, ricorrendo eventualmente anche all'esame radiografico dell'aorta.

L'ipertensione si trova nella metà circa dei casi. Nel 40 % l'A. ha trovato una tensione superiore a 180 mm. Si può ottenere un qualche miglioramento riducendo l'ipertensione. È a rilevare però che la riduzione ottenuta con drastici, anche se intensa e mantenuta a lungo, non sempre è vantaggiosa per il paziente.

Raramente si trovano alterazioni del ritmo cardiaco.

Quando non vi sono apprezzabili alterazioni dell'apparato cardio-vascolare bisogna rintracciare le cause che sogliono abbassare la soglia del dolore: cause tossiche (appendicite cronica, sepsi orale, sinusiti, disordini pulmonari, renali o alimentari) o cause d'altro genere, come stati di inquietudine, angoscia, eccesso di lavoro, insonnia e simili.

Talvolta è bene prendere l'elettrocardiogramma, che può svelare un'insufficienza miocardica non rilevabile con altri mezzi.

L'angina primaria è rara in soggetti di età inferiore ai 45 anni, a meno che non siano sifilitici o affetti da vizi valvolari.

Al riguardo bisogna tener presente che molti giovani pazienti di lesioni valvolari lamentano spesso dolore alla regione cardiaca. Ma questo dolore non ha nulla a che fare con l'angina. Esso è localizzato alla regione submammaria e spesso direttamente in corrispondenza della punta del cuore. Si tratta di una sensazione di puntura, di una dolenzia; la cute ed i muscoli della regione dolente sono spesso sensibili alla pressione, e l'iperestesia è più frequente che nell'angina. Benchè possa essere provocato o aggravato dal moto, il dolore è indipendente dagli sforzi e spesso compare quando il paziente è a letto. Questo dolore talvolta si diffonde, ma la sua distribuzione non è caratteristicamente segmentaria come quello dell'angina: talvolta si diffonde a tutto il lato sinistro, dalla testa al piede. Quando il dolore è grave scomparendo lascia un senso di prostrazione, mentre la cessazione della crisi di angina è accompagnata da un senso di sollievo e di benessere.

La prognosi dell'angina minor è incerta in quanto è difficile prevedere se i sintomi conserveranno il loro carattere mite oppure evolveranno verso l'angina pectoris vera.

Certo quando esistono lesioni miocardiche e arteriose o anche semplicemente ipertensione deve aspettarsi il peggio: l'angina minor primaria è più grave della secondaria. Questa eliminate le cause che la producono, infezioni subacute o croniche, eccessi di lavoro mentale o fisico, emozioni, deficienza di sonno, può migliorare ed anche scomparire.

In ogni caso il paziente di qualsiasi forma di angina minor deve condurre una vita molto regolare; evitare gli eccessi di ogni genere (mentali, corporei, emotivi, sessuali, alimentari). Quando nell'anamnesi esiste sifilide bisogna sottoporre il paziente ad energico trattamento a base di arsenobenzoli e ioduri. Conviene fare in modo che il peso corporeo, quando sia eccessivo, sia tenuto entro limiti ragionevoli. Molto efficace è il trattamento inteso ad abbassare l'alta tensione arteriosa. L'irritabilità e l'insonnia deve essere combattuta a mezzo di bromuri.

DR.

Patogenesi dell'ipertensione arteriosa.

(LAUBRY e DOUMER. *Presse méd.*, 30 giugno 1926).

Le teorie patogenetiche dell'ipertensione arteriosa sono tre: renale, surrenale, arteriosa.

La teoria renale, secondo la quale il rene è il principale agente regolatore della tensione arteriosa è ancora la più accreditata.

Vari sono gli argomenti di fatto che rendono attendibile questa teoria: 1) l'ipertensione si manifesta frequentemente con la nefrite acuta e diviene stabile quando la lesione renale tende alla cronicità; 2) nell'avvelenamento saturnino, nella gotta, nell'obesità l'ipertensione arteriosa segue

di pari passo la sclerosi renale; 3) la maggioranza degli ipertesi che non muoiono per emorragia cerebrale o insufficienza cardiaca finiscono nefritici; 4) all'autopsia degli ipertesi si riscontrano quasi sempre alterazioni macroscopiche o istologiche dei reni, anche quando in vita non erano presenti segni evidenti di lesioni degli organi stessi.

Tutti questi argomenti apparentemente molto solidi si prestano tuttavia alla critica. Innanzi tutto è da osservare che non può escludersi che le lesioni renali siano l'effetto e non la causa dell'ipertensione. D'altra parte vi sono casi d'ipertensione senz'alcuna lesione renale, e viceversa lesioni renali che decorrono acutamente o cronicamente senza mai essere accompagnate da ipertensione.

Senza pertanto potere escludere l'origine renale di alcune ipertensioni, bisogna ammettere che molte volte la ipertensione spesso precede la sclerosi renale e ne è la causa, mentre a sua volta l'alterazione renale può fissare o elevare l'aumento della pressione. È stato, in effetti, sperimentalmente dimostrato che l'ipertensione provoca la sclerosi. Krilow ha determinato la sclerosi negli animali mediante la sospensione per gli arti posteriori elevando così la pressione intraaortica. Carrel e Guthrie hanno prodotto meccanicamente l'arteriosclerosi mettendo in comunicazione un'arteria con una rete venosa di piccolo calibro che s'opponeva alla libera propagazione dell'onda sanguigna. Josuè ha fatto rilevare che nell'insufficienza aortica reumatica le arterie s'induriscono sotto i colpi d'un'onda sistolica più scoccante e più vigorosa. Ora l'azione sclerosante dell'ipertensione deve colpire anche il rene, che è l'organo più vascolarizzato ed i suoi vasi brevi e voluminosi consentono all'onda sanguigna di giungere ai capillari renali senza essere sensibilmente ammortita. Così si spiega perchè gli ipertesi finiscono nefritici.

La teoria surrenale dell'ipertensione poggia anch'essa su constatazioni d'un certo valore. Si deve riconoscere che oltre alle proprietà fondamentali dell'adrenalina, all'ateroma sperimentale da essa prodotto, vi sono argomenti abbastanza validi per incolparla come causa dell'ipertensione. Essa in effetti può provocare forti oscillazioni della tensione, crisi vascolari. Va anche notata l'iperplasia adenomatosa delle surrenali nel corso della nefrite interstiziale. Ma non mancano fatti che depongono in senso contrario: l'adrenalina determina solo un aumento transitorio della pressione; ogni aumento della pressione modera l'attività delle surrenali e fa diminuire la quantità di adrenalina nel sangue, per modo che essa si oppone al prolungamento ed alla fissazione del processo ipertensivo d'origine surrenale; la maggior parte degli ipertesi non presentano ipertrofia surrenale.

La teoria arteriosa considera l'ipertensione causata da lesioni primitive ateromatose e da sclerosi vascolare. Ma questa teoria è passibile delle medesime obbiezioni fatte a quella renale: incostanza delle lesioni d'arterio-capillarite; assenza tra queste e l'ipertensione di relazioni manifeste o di un qualsiasi parallelismo, perchè l'ipertensione può mancare o essere moderata quando le lesioni sclerotiche sono al maximum; comparsa tardiva di lesioni quando l'ipertensione ha già raggiunto cifre altissime. Così, lungi dal provocare l'ipertensione, sembra che la sclerosi arteriosa le sia secondaria.

L'ipertensione è una sindrome di disordine o d'ipereccitazione del tono vascolare. È ben difficile precisare in che cosa consista e quali siano le cause di quest'ipereccitabilità.

Non si può ammettere, almeno come esclusiva, una causa organica. Si è già accennato a che cosa si riducono le lesioni renali, surrenali e arteriose; esse sono qualche volta provocatrici e spesso più l'effetto che la causa dell'ipertensione.

Le relazioni del sistema nervoso vegetativo e delle glandole endocrine, la loro stretta e costante interdipendenza fanno supporre l'azione di disturbi secretori su i centri regolatori del tono vasale. Ma il numero degli ipertesi con disfunzione endocrina è relativamente basso. Un rapporto di causalità di tal genere si può ammettere solo nell'ipertensione delle donne con virilismo (surrenali), dei basedowiani (tiroide), e delle donne all'epoca della menopausa (ovaio).

Alcune intossicazioni, ad esempio quella saturnina, sembra possano provocare l'ipertensione a mezzo di un'irritazione primitiva del sistema simpatico. Alcune intossicazioni, di natura incerta, sono probabilmente alla base dell'ipertensione degli individui che si avvicinano alla cinquantina. Il disturbo di solito compare quando le funzioni secretorie ed eliminatorie subiscono un'evoluzione regressiva. L'affaticamento intellettuale o emotivo, l'eccesso di alimentazione ne sono spesso la causa acceleratrice. È probabile che veleni endogeni di varia natura agiscano sui centri regolatori della pressione.

La sifilide fra tutte le infezioni è la più incriminabile: essa verisimilmente agisce provocando lesioni arteritiche. Negli individui ipertesi giovani la sifilide ereditaria, in assenza di altre cause, deve essere considerata l'origine unica del disturbo.

L'ereditarietà è un carattere molto comune dell'ipertensione. Sono state registrate perfino tre generazioni d'individui tutti ipertesi in giovane

età, senza alcun'altra malattia che potesse essere invocata come causa.

Fino ad ora adunque non si hanno spiegazioni complete e plausibili dell'origine e del meccanismo di produzione dell'ipertensione. Le lesioni organiche, i disturbi funzionali, i difetti nutritivi, le influenze tossiche o infettive sono alla base della sindrome, ma non sappiamo come provochino e mantengano l'ipereccitazione dei centri regolatori del tono vasale. È probabile che intervengano modificazioni fisico-chimiche dell'ambiente umorale. Govaerts ha constatato che negli ipertesi la pressione osmotica delle proteine del siero è superiore al normale. Si tratta di un fenomeno inverso a quello dell'edema. Esso può agire sulla pressione ostacolando la fuoriuscita dell'acqua attraverso i capillari, sia obbligando l'organismo ad elevare la pressione del sangue per compensare l'aumento della forza osmotica delle proteine, in modo da consentire ai fenomeni osmotici ed agli scambi nutritivi di svolgersi come per l'innanzi in buone condizioni.

DR.

Sulla diagnosi clinica della dilatazione primaria del cuore nella infanzia.

(BRÜHDORN. *Monatsschrift für Kinderheil kunde*, vol. 29, fasc. 3).

La diagnosi delle affezioni cardiache nella infanzia presenta delle difficoltà e solamente l'autopsia può in molti casi portare un po' di luce. Anche qui però si era costretti a formulare talvolta ipotesi speculative sulla dilatazione primaria del cuore con susseguente ipertrofia, e siccome non si conosceva nulla sulla etiologia, si parlava di idiopatia ipertrofica cardiaca con dilatazione.

Riesenfeld trattò alcuni anni fa di cinque casi di ipertrofia primaria del cuore. La malattia era accompagnata da uno stato timico-linfatico il quale spesso può portare ad un facile ingrossamento del cuore (Feer). Qui non sono presi in considerazione i forti ingrandimenti del cuore che causano dei sintomi difficili e morte rapida.

Rieder e Vischer dubitano che lo stato timico-linfatico e affezioni del cuore stiano in rapporto.

I bambini osservati sono morti in buone condizioni di nutrizione e non vi è da meravigliarsi se alla autopsia si riscontra uno stato timico-linfatico, nel mentre in bambini scarniti per lunga malattia mancano segni di detto stato.

Lo stato timico-linfatico non è adunque qualche cosa di speciale in bambini i quali sono morti in buone condizioni di nutrizione.

L'A. passa in rassegna tre casi per dare un piccolo contributo al poco descritto quadro della malattia.

Il primo caso tratta di un bambino dell'età di 16 mesi. A quattro mesi ebbe un eczema costituzionale e morì in 15 giorni sotto il quadro di una insufficienza cardiaca.

La autopsia ci mostrò una forte dilatazione ed ipertrofia del cuore e una miocardite interstiziale di Ceelens ed ancora si riscontrava uno stato timico-linfatico. Inoltre la sezione ci presentò una tubercolosi primaria del polmone destro con caseificazione recente di ghiandole bronchiali.

Gli infiltrati interstiziali del cuore non devono aggiudicarsi allo stato timico-linfatico, ma può in seguito alle opinioni di Bernheim-Karrers ritenersi dovuti all'eczema ed anche l'infezione tubercolare.

Il secondo caso tratta di un bambino di 9 mesi ammalatosi improvvisamente. I sintomi principali erano: dispnea, mancanza di appetito, vomiti, viso pallido, facilmente cianotico, debole e molto irrequieto. Il cuore specialmente aumentato a destra e un forte ingrandimento di fegato da stasi. È da osservare che il bambino ha superato più volte difficili attacchi di malattia ed ogni volta si è riusciti, mercè l'impiego di iniezioni intramuscolari di strofantina, di eliminare in breve tempo i difficili sintomi subbiettivi ed obbiettivi.

Il terzo caso è un po' più semplice del precedente. Il bambino era di 18 mesi, ma anche qui si sono avuti ripetuti attacchi della malattia, però si potette ottenere un allontanamento dei sintomi per mezzo di somministrazione di strofantina per iniezione intramuscolare e tintura di strofanto Titrata per via orale.

I sintomi della malattia si presentano in generale quando il cuore incomincia a lavorare di più, per es., nell'inizio dei tentativi a camminare, ma inoltre la malattia può essere ereditaria.

La prognosi non è favorevole. Finkelstein dice che i bambini per lo più muoiono nel terzo anno di vita, ma nonostante la difficoltà della malattia in seguito ai nostri ripetuti tentativi terapeutici, ci troviamo nella possibilità di aiutare gli ammalati, spesso con esiti favorevoli.

CORTESE.

IMMUNOLOGIA - VACCINI E SIERI.

Le anatossine.

(CHR. ZOELLER. *Gaz. des Hôp.*, n. 49-51, 1926).

L'anatossina è un prodotto derivato da una tossina, e caratterizzato: dalla sua innocuità per l'animale e per l'uomo, dal suo valore antigenico, dal suo potere di flocculazione, e dalla sua stabilità.

La scoperta si deve a Ramon, dell'Istituto Pasteur, il quale operò la trasformazione della tos-

sina in anatossina trattandola con aldeide formica, e facendola invecchiare al termostato a 40°.

Con tali processi la tossina perde la sua tossicità specifica, e la sua iniezione provoca solamente in rari soggetti delle reazioni locali e generali, per dei fatti di ipersensibilità alle proteine.

Il valore antigenico della tossina resta invece immutato, vale a dire, iniettata nell'animale e nell'uomo, è capace di provocare la comparsa di anticorpi specifici.

L'anatossina è poi una sostanza stabile, che non perde le sue qualità fondamentali conservata in ghiacciaia o alla temperatura ordinaria, ed è più resistente della tossina da cui deriva agli agenti distruttori.

Finalmente l'anatossina, messa in presenza dell'antitossina del siero corrispondente, ha la proprietà di fissarla, ossia di saturarla, provocando una flocculazione più o meno rapida. Tale fenomeno, essendo funzione del potere antigene, permette di procedere con maggior facilità alla titolazione dell'antigene stesso e dei sieri.

Le qualità delle anatossine ne fanno degli antigeni di scelta, utilizzabili per applicazioni diverse.

In primo luogo l'iniezione negli animali provoca l'apparizione dell'antitossina specifica, per cui può essere utilizzata per la preparazione dei sieri terapeutici. In secondo luogo può essere impiegata nell'uomo come vaccino verso certi agenti patogeni che nocciono più per la loro tossicità che per la loro virulenza, come avviene, ad esempio, nella difterite e nel tetano.

Infine le anatossine autorizzano uno studio metodico, profondo, e inoffensivo dell'immunità antitossica.

La prima e la più studiata è:

L'*Anatossina difterica* (vedi *Policlinico*, Sezione pratica, 1925, n. 43; 1926, n. 30). I numerosi studi di laboratorio e le applicazioni nell'uomo (dal 1924 sono state eseguite in Francia molte migliaia di vaccinazioni in collettività di fanciulli e di adulti), hanno ormai sanzionato la sua efficacia

Solamente in soggetti ipersensibili alle proteine difteriche si osservano delle reazioni locali in forma di infiltrati cutanei di colorito rosso più o meno intenso, e delle reazioni generali con febbre intorno a 38°,5-39°. Dopo 48 ore, in genere, tutto rientra nella norma. Per riconoscere tali soggetti sensibili basta del resto praticare in precedenza una intradermo-reazione con diluizione di anatossina difterica all'1 % (anatossi-reazione). Ventiquattro ore dopo l'iniezione di 2/10 di cmc. nel derma apparisce un'aureola rossa. Nei soggetti in cui l'anatossi-reazione positiva sorpassa l'estensione di una moneta di 5 franchi, sarà prudente non praticare la vaccinazione.

Nel lattante la vaccinazione è inefficace e non si ottiene la formazione di antitossine specifiche. Egualmente negative sono state le prove per proteggere il lattante, vaccinando la madre durante la gravidanza.

L'anatossina, pur essendo un filtrato di coltura, non agisce direttamente sopra una lesione difterica, così come agisce un filtrato stafilococcico sopra una stafilococcia cutanea. Ed analogamente è sprovvista d'azione nella cura dei portatori ribelli di bacilli difterici.

Più discussa è la sua efficacia nelle polineuriti difteriche, e le esperienze dell'A. in proposito sarebbero state negative.

Nella pratica comune la vaccinazione antidifterica per mezzo dell'anatossina comprende 3 iniezioni sottocutanee, nella regione addominale o sottoscapolare, in dose di cmc. 0,5-1-1,5, con intervallo di 3 settimane tra la 1ª e la 2ª e di 8 giorni tra la 2ª e la 3ª.

Nelle comunità di fanciulli non è indispensabile eseguire preventivamente la reazione di Schick, essendo sempre assai alto il numero dei soggetti recettivi. Negli adulti, invece, sarà prudente saggiare tale recettività, saggiando eventualmente, come già si è detto, l'ipersensibilità per mezzo di una anatossi-reazione.

Nei fanciulli dai 3 ai 10 anni la vaccinazione va praticata sistematicamente, e ciò deve costituire la base della profilassi sociale della difterite.

Durante le epidemie è raccomandabile la vaccinazione occasionale, pur rammentando che non si tratta di un metodo d'urgenza, richiedendo l'immunità vaccinale qualche settimana per essere completa.

Le controindicazioni sono scarse, e rappresentate solo dagli stati febbrili, e dalle tare organiche, quali la tubercolosi, le cardiopatie, le albuminurie.

Sulla durata dell'immunità non è stata ancora detta l'ultima parola.

L'*Anatossina tetanica* è un'altra anatossina facilmente separabile per filtrazione d'una coltura di bacilli tetanici, e fornita delle proprietà fondamentali delle anatossine. Essa ha sostituito la tossina iodata come antigene nella preparazione del siero antitetanico all'Istituto Pasteur.

Nell'uomo la sua applicazione è stata studiata da Ramon e Zoeller, i quali dimostrarono l'innocuità dell'iniezione di 1-5 cmc. d'anatossina antitetanica, la quale non provoca mai reazione proteinica, come può accadere con l'anatossina difterica.

La vaccinazione antitetanica dovrà trovare le sue applicazioni sistematicamente nei soggetti esposti all'infezione tetanica, e accidentalmente nei soggetti feriti, non vaccinati.

La sieroterapia antitetanica resterà indicata come misura d'urgenza, per la sua efficacia immediata.

L'*Anatossina dissenterica* è un'altra della serie, preparata da colture di bacillo di Shiga in brodo peptonizzato, e presenta caratteri analoghi antigenici e immunitari alla precedente. Non esistono però ancora esperienze della sua utilità nell'uomo nei confronti di epidemie di dissenteria.

L'*Anatossina gangrenosa* è stata preparata formolizzando e lasciando in termostato le tossine del b. perfrigens e del vibrione settico. I resultati ottenuti nel campo sperimentale sono meno netti che con le anatossine precedenti. I sieri ottenuti da cavalli iniettati con l'anatossina antigangrenosa sono talora polivalenti, talora efficaci solo verso uno degli antigeni della mescolanza.

Sono state poi studiate altre anatossine, quali la botulinica e quella dei veleni vegetali (abrina) e animali (veleno del cobra, ecc.).

L'A. ha iniziato anche degli studi sulla tossina streptococcica di Dick, ottenendone una attenuazione progressiva, e, per il concorso di altri ricercatori, si può parlare anche di una antitossina antistreptococcica, che potrà avere in futuro importanza per la profilassi della scarlattina.

Il campo di applicazione delle anatossine non è però limitato alla produzione dei sieri terapeutici e di vaccini efficaci per l'uomo, rappresentando pure, dal punto di vista biologico, dei reattivi preziosi per esplorare nell'uomo e nell'animale la funzione antitossica e l'immunità antitossica.

Si può cioè, per mezzo delle anatossine, studiare la reattività antitossica naturale e acquisita del soggetto.

Tra le altre nozioni generali svelate dall'impiego delle anatossine vi è poi l'importanza delle reazioni locali nello sviluppo dell'immunità antitossica.

I cavalli produttori di siero, che presentano un ascesso al punto di inoculazione dell'antigene, forniscono una proporzione di antitossina nettamente superiore alla media. Diguisachè si è cercato di provocare artificialmente questa reazione esagerata, unendo delle sostanze estranee all'anatossina (per es., polvere di tapioca). Per avere effetti analoghi nell'uomo si è giunti, dopo vari tentativi, a produrre una mescolanza di anatossina e di un vaccino microbico, col nome di « vaccini associati », ottenendo effetti vaccinali nettamente superiori a quelli della semplice iniezione di anatossina. Sarà possibile in tal modo provocare in un tempo l'immunità contro più di un'infezione.

Un ultimo fatto degno di nota è la rapidità con la quale appaiono le antitossine dopo l'iniezione di anatossina. Fino ad ora bisognava attendere vari giorni prima di poter constatare la comparsa di anticorpi nel vaccinato. Dopo una prima iniezione di anatossina, invece, già in quarantott'ore si possono dimostrare presenti nel sangue parecchie unità antitossiche.

M. FABERI.

Paralisi acute da vaccinazione antirabica.

(M. TINTI. *Rivista Clinica Medica*, 1926, n. 9)

Diversi autori hanno descritto una paraplegia acuta a tipo mielitico che, molto raramente, si suole presentare nel corso della cura antirabica (1:5000, nei curati con il metodo Pasteur originale).

La malattia si manifesta fra l'8° e l'ultimo giorno della vaccinazione, o anche 7 giorni dopo il suo termine, con lievi turbe generali e stato febbrile, cui seguono paralisi degli arti inferiori, del retto e della vescica: qualche volta prima i dolori, poi la paralisi o la paresi si fanno ascendenti interessando gli arti superiori, la faccia, o perfino il bulbo. Se il paziente sopravvive alla gravità dei disturbi bulbari, i fenomeni paralitici si dissipano in un periodo che varia da uno a venti giorni, la motilità torna a poco a poco ed, al massimo in alcune settimane, la guarigione spontanea è completa.

Per il decorso della malattia è indifferente interrompere, seguitare, o rinforzare (con iniezioni endovenose) il trattamento antirabico.

Nei pochi casi seguiti anche dopo l'obitus si è trovata una meningo mielite acuta emorragica circoscritta, con infiltrazione parvicellulare perivascolare. L'encefalite può o no accompagnare questo processo mielitico ed assumere le stesse caratteristiche anatomo patologiche del segmento spinale.

La più grande disparità di giudizi regna nel campo dell'etiologia e della patogenesi di questa sindrome paralitica.

Dopo un esame minuzioso delle storie cliniche dei malati, a cominciare dai dati anamnestici per ciò che riguarda predisposizione, costituzione, tare personali, fino ai reperti anatomo patologici; delle statistiche fatte su migliaia di vaccinazioni con i vari metodi, da quello antico di Pasteur a quelli recenti di Högyes; rigorosamente vagliati tutti gli argomento *pro et contra* le singole ipotesi emesse; oggi non solo non è provato, ma non è neanche probabile che la paralisi dipenda dall'azione del *virus di strada*, nè come rabbia anomala, nè come manifestazione di rabbia guarita. Non esistono elementi probativi neanche per l'ipotesi che dipenda dal *virus fisso, o dalla tossina rabica, o da fenomeni anafilattici.*

Scartata la dipendenza dal virus di strada, dal virus fisso, da infezioni accidentali, da fenomeni anafilattici, da tossina rabica, l'ipotesi che maggiormente soddisferebbe è quella che lega i fatti paralitici ad *azione tossica di eccessiva quantità di sostanza nervosa iniettata*, capace di determinare gli stessi identici fenomeni anche se, anzichè rabica, è normale.

L'A. partendo dall'osservazione di un caso di meningo mielite acuta (il secondo osservato in 25 anni nell'Istituto Antirabico di Firenze), ferma l'attenzione in special modo sulla teoria anafilattica, non giustifica l'apriorismo di un grandissimo numero di autori che respingono senza argomentazioni una simile patogenesi, e ritiene invece che secondo le moderne dottrine, l'ipotesi che meglio spiega i fenomeni morbosi osservati e lascia un minor numero di dubbi insoluti, è quella che si tratti di *anafilassi da estratto di organo*.

Riportata la discussione su questo terreno, sarebbe utile che l'argomento fosse oggetto di futuri studi, per la importanza pratica che ne derive rebbe; se di anafilassi si tratta, facile può essere il rimedio.

Intanto il metodo di Högyes, che si basa sull'iniettare quantità minime di sostanza nervosa e notevole quantità di virus fresco, sembra corrispondere perfettamente alla teoria ed alla pratica, tantochè su 17,000 vaccinati, solo un caso di paralisi è stato osservato.

PERSIA.

I metodi americani di diagnosi e cura delle malattie allergiche.

(WALTER MISCH. *Deut. Mediz. Woch.*, 1926, n. 19).

La febbre e l'asma da fieno, l'asma bronchiale, certi eczemi, l'orticaria, l'edema di Quincke, alcune forme di congiuntivite, di dermatosi, di emicrania, di turbe intestinali, di epilessia sono la espressione varia di uno stato allergico, e pure presentando uguaglianze nelle manifestazioni cliniche, traggono origine da cause diverse e perciò necessitano di cure diverse.

Da vari anni gli Americani usano dei metodi particolari per la diagnosi di queste allergie; essi tendono a scoprire la sostanza verso la quale il paziente è ipersensibile, servendosi specialmente della cutireazione. Entro certi limiti si può dire che diagnosi così fatte ci permettono anche una buona cura causale, là dove prima non potevamo fare che una cura sintomatica.

A seconda della porta di entrata nell'organismo, le proteine sensibilizzanti, infinite per numero, possono dividersi in grandi gruppi:

1) Vie respiratorie: *a*) proteine del polline; *b*) proteine epidermiche: penne, peli, forfora, esalazioni di animali; *c*) proteine della polvere: di casa, di strada, di farine, ecc.

2) Vie digerenti. Proteine alimentari: uova, farine, carni, frutta, ecc.

3) Via cutanea. Lane, vestiti, sostanze chimiche, ecc.

4) Gruppo batterico. È forse il gruppo più importante. Lo stato allergico è secondario alla presenza di un focolaio microbico che trovasi in altra parte dell'organismo (bronchi, naso, intestino, tonsille, denti).

Lo stesso individuo può avere contemporaneamente, o successivamente sensibilità per più proteine. Può darsi anche il caso che la pelle non sia per suo conto sensibile alla proteina patogena, ed allora le prove cutanee sono di conseguenza negative.

L'A. raccomanda anzitutto di raccogliere una rigorosa *anamnesi familiare e personale* facendo indagini sulla eventuale presenza nella storia di una o più malattie del gruppo allergico. Nell'anamnesi personale si insista nel rilievo dei rapporti che vi sono fra l'asma, per esempio, e la *stagione* e la *località* frequentata dal paziente, sia pure di passaggio. I mesi nei quali le piante impollinano, la vita campestre, la vicinanza di una stalla, il periodo della giornata in cui l'asma insorge sono elementi preziosi per farci sospettare un'asma da fieno, da esalazione o perspirazione animale, da contatto con un indumento speciale, con una pelliccia, con un cuscino di piume.

Importante è anche la relazione dell'accesso con l'*ambiente locale*: la casa con le sue varie polveri e i vari animali domestici (cani, gatti, uccelli, pelliccerie, ecc.); la strada, i veicoli, i caffè, i teatri (polveri stradali, la polvere da toletta, il fumo di tabacco, ecc.).

La *professione* esercitata dal paziente sta in prima linea nell'asma professionale, per la ricerca di quelle sostanze chimiche che anche non agendo come proteine, dopo lunga sensibilizzazione finiscono con il riuscire nocive a chi le maneggia: cocaina per i dentisti, ursol nei conciatori di pelli, antipirina nei farmacisti, farina nei mugnai, forfora di cavalli nei garzoni di stalla, ecc.

L'*idiosincrasia alimentare* offre una certa difficoltà di indagine se si presenta per cibi di uso giornaliero.

L'*esame obbiettivo* deve aver per scopo anzitutto l'esclusione di lesioni organiche, la ricerca di eventuali focolai che possano dar luogo ad una allergia batterica, ed il rilievo dei sintomi allergici, che secondo il Duke, sono i seguenti:

Occhio: edema congiuntivale, gonfiore, arrossamento, prurito delle palpebre, ipersecrezione lagrimale.

Naso: sternuto, pallore e tumefazione della mucosa, rinorrea muco-sierosa.

Faringe: tosse, irritazione del palato molle e delle fauci.

Bronchi: stato asmatico, spastico, con tosse e secreto bronchiale mucoso, limpido, ricco di cellule eosinofili: nelle forme lievi, solo tosse con difficoltà nel respiro profondo.

Pelle: orticaria, edema angioneurotico, eczema, eritema, prurito.

Tubo digerente: dolori addominali, diarrea.

Vescica: pollachiuria dolorosa.

Stato generale: cefalea, astenia, ipotensione.

Fatta la diagnosi clinica di stato allergico si procede alla diagnosi etiologica.

Se l'anamnesi ci ha fornito indicazioni precise si fa una prova grossolana facendo ingerire al paziente gli alimenti sospetti o mettendolo in contatto con le polveri, con gli animali, con gli oggetti sospetti e si osserva il sopravvenire di segni sospetti, il che può verificarsi in un massimo di 36 ore.

Se l'anamnesi fu muta sulla scoperta delle cause allergiche si procede alla cutireazione, prima per gruppi allergici, poi per le singole sostanze di quel gruppo che ha dato reazione locale.

Il medico può da se stesso prepararsi i vari estratti necessari. I cereali, i pollini, le scaglie cutanee, i vegetali secchi, la carne si trattano con una soluzione al 5 % di cloruro di sodio, alcalinizzata con bicarbonato di sodio fino a che 10 cmc. della soluzione corrispondono a 3 cmc. della soluzione alcalina neutra ad 1/10, che si sterilizza aggiungendo il 0.40 % di acido fenico. Per le sostanze ricche di acqua, l'estratto si prepara con una soluzione fenicata al 2.5 % di cloruro di sodio ed 1.25 % di bicarbonato di sodio. Le soluzioni si lasciano 2-3 giorni a temperatura ambiente, con eventuale aggiunta di toluolo: poi si diluiscono in modo che contengano mezzo milligrammo di proteina per cmc. (determinazione secondo Rjeldahl).

Gli estratti secchi si preparano sciogliendo le scaglie in liscivia di potassa neutra ad 1/10. Si filtra e nel filtrato si precipitano le proteine neutralizzando con HCl ad 1/10.

Gli estratti di polveri si fanno sciogliendole in una soluzione di cloruro di sodio fenicata.

I migliori estratti sono quelli secchi o in pasta, e le fabbriche americane li vendono in tubetti da 25-50 mgr.

Le prove maggiormente usate sono le *cutanee*, fatte sul lato flessorio dell'avambraccio, lavato con acqua sterile e non con alcool. Si fanno con un ago delle scarificazioni superficiali, lunghe circa 3 mm., distanti 2 cm. l'una dall'altra. Sulla scarificazione si pone una goccia di liscivia di soda neutra, soluzione ad 1/10, e poi si mette con l'estremità dello stesso ago una piccola quantità di estratto secco. Possono farsi in una stessa seduta fino a 20 scarificazioni. Se vi è reazione, si manifesta in un tempo che va dai 6 ai 30 minuti, e consiste in un piccolo ponfo, largo almeno 5 mm., a margini netti, se pure irregolari. Le reazioni false sono più deboli delle vere. (*È utile fare una scarificazione di controllo, sulla quale non si mette proteina alcuna*).

Le *reazioni sottocutanee* sono meno usate perchè possono dare un maggior numero di reazioni falsamente positive: tuttavia il Duke le preferisce in persone di età avanzata che in genere hanno scarsa sensibilità alla reazione cutanea. La prova sottocutanea si fa iniettando sotto cute 0.01 cmc. di soluzione di allergene (0.02 mgr. di estratto secco sciolto in 0.02 cmc. di soluzione cloruro sodica). Con questo metodo, oltre una facile reazione locale si può scatenare una *reazione generale;* se questa è troppo violenta può perfino riuscire pericolosa per la vita, con sindrome asfittica. In questi casi bisogna affrettarsi ad asportare cruentemente il focolaio di iniezione, e ad iniettare adrenalina al millesimo, anche a dosi ripetute.

In dati casi speciali si può utilizzare la reazione *oftalmica* e *nasale*, provocando così delle congiuntiviti e riniti identiche a quelle da fieno. Anche queste reazioni mucose, se troppo violenti, regrediscono con la istillazione di adrenalina.

Terapia. Se le indagini cliniche e sperimentali furono positive per il riconoscimento di una o più proteine patogene, se è possibile si prevengono i futuri accessi invitando il malato ad evitare quei cibi, quelle esalazioni, quei contatti che gli riescono nocivi. Ma se questa difesa non è praticamente possibile, allora bisogna tentare la *desensibilizzazione* del malato.

a) Nell'*allergia alimentare* per cibi di prima necessità e di uso comune mentre da una parte si rieduca il malato con la somministrazione di piccole quantità, sempre crescenti, del cibo incriminato, dall'altra si somministra per via orale, in dose giornaliera non superiore a 5-10 mgr., l'allergene corrispondente. Si può anche far precedere il pasto dall'ingestione di una piccola quantità di alimento anafilattogeno, o infine desensibilizzare per via sottocutanea.

Per queste allergie è molto in uso anche la *desensibilizzazione aspecifica* con peptone per via orale (0.80 prima del pasto, per 5-8 giorni consecutivi, seguiti da altrettanto di riposo e poi ripetuti regolarmente).

b) Nell'*allergia batterica* i migliori risultati si hanno con le iniezioni sottocutanee di autovaccino (1 bilione di germi per cmc.), ripetute ogni 5-7 giorni, cominciando con 1/4 di cmc. ed aumentando di 0.20 ogni volta, fino ad un totale di 7 iniezioni.

c) Nell'*allergia da polline* si fanno iniezioni di allergene specifico, appositamente allestite. La cura va iniziata molto per tempo, a dosi crescenti da 10 a 5000 unità in maniera di aver praticate almeno 10 iniezioni all'inizio della stagione dei polline, e facendone ancora settimanalmente, durante la fioritura, altre 5-10 con la dose massima raggiunta. Duke raccomanda l'applicazione contemporanea al naso ed alla congiuntiva, ogni 3-4 giorni, di una pomata al polline.

d) Per l'allergia determinata da altre sostanze trasmesse dall'aria, si usa la desensibilizzazione sottocutanea con dosi minime incapaci di dare reazione generale, e che vengono progressivamente aumentate (da 1:20,000 ad 1:5) e con intervallo di 2-4 giorni. PERSIA.

MEDICINA SOCIALE.

L'orientamento professionale e la difesa dell'operaio dai pericoli d'infortunio.

Il prof. A. Peri ha comunicato al VI Congresso Nazionale di Medicina del Lavoro le sue osservazioni sull'orientamento professionale con speciale riguardo alla difesa della personalità fisio-psichica dell'operaio dai pericoli d'infortunio.

L'avviare un operaio ad un lavoro per il quale ha disposizioni naturali od acquisite oltre ad assicurare un maggiore e più perfetto rendimento, dovrebbe costituire un mezzo di salvaguardia dai pericoli d'infortunio. In effetti l'applicazione ad un lavoro per il quale si ha inclinazione è causa d'intima soddisfazione ed anche se protratto a lungo provoca più difficilmente stanchezza. La minore stanchezza fa sì che i poteri psichici si mantengono sempre pronti e vigili nell'assicurare l'automaticità dei movimenti e la normalità del lavoro, e nell'eliminare ogni elemento perturbatore costituente causa di lesioni.

Ma oltre quello della stanchezza vi sono altri fattori (meteorici, ambientali, individuali) capaci di rendere più o meno frequenti gli infortuni.

Non basta orientare il giovine, che ha raggiunta l'età per dedicarsi al lavoro, verso una data mansione piuttosto che verso un'altra, stabilendo quali attitudini dimostri, e tenendo conto delle controindicazioni d'ordine fisiologico e patologico che sconsigliano talora di indirizzarlo verso un lavoro che potrebbe essere di suo gradimento Conviene tenere presenti le condizioni particolari nelle quali si svolge il lavoro pel quale si misurano le attitudini del candidato per giudicare se tali condizioni colla coesistenza di deficienze fisiologiche o di fatti patologici, non rendano più grave il rischio determinato da quei fattori che sono stati considerati come elementi causali e concausali d'infortunio.

Così il giudizio dato prima che il candidato venga ad esercitare la sua attività nell'officina, non deve essere ritenuto assoluto.

D'altra parte l'orientamento ad un dato lavoro non può essere definitivo ed immutabile per tutta la vita, l'operaio giunto ad una certa età, specialmente quando presenti una senescenza precoce, deve essere orientato verso un lavoro che presenti maggior facilità d'esecuzione e minor rischio professionale.

I giovani pure possono durante il lavoro, anche se liberamente scelto e pel quale fu riconosciuta l'esistenza di tutte le attitudini necessarie, divenire disadatti a compierlo, sia per una malattia che abbia lasciate conseguenze in modo da modificare sensibilmente l'attività fisio-psichica di cui disponeva anteriormente l'operaio, sia in seguito ad infortunio che abbia ridotto l'attitudine al lavoro.

Dopo una malattia o dopo un infortunio che abbiano lasciate conseguenze di carattere permanente, l'esame per stabilire l'idoneità del soggetto a continuare il lavoro che esercitava per il passato è doveroso per chi si proponga di proteggere la salute e l'integrità dell'operaio. Tanto più che dagli studi sul determinismo degli infortuni, risulta evidente la maggior frequenza degli infortuni nei soggetti che hanno subìto una minorazione della capacità lavorativa indipendentemente dal rischio del lavoro speciale ai quali sono addetti.

La maggiore vulnerabilità dei soggetti che hanno riportata offesa alla integrità anatomica o funzionale si può dedurre dallo studio della distribuzione topografica delle lesioni da infortunio, che può essere schematizzata adottando la « figura umana inscritta nel cerchio di Leonardo da Vinci ». Dall'esame dei dati statistici riportati risulta che la frequenza delle lesioni va decrescendo in proporzione diretta dalla periferia procedendo verso il centro del corpo dell'operaio. La maggiore vulnerabilità delle parti periferiche è dovuta, per gli arti superiori, al contatto che queste vengono ad avere cogli strumenti, coi materiali e con le energie trasformatrici dei materiali stessi, e per gli arti inferiori, alla rapidità e alle particolarità della deambulazione richiesta in alcune lavorazioni, alla frequenza degli ostacoli che ad essa si oppongono nell'ambiente del lavoro, alla caduta di oggetti o materiali pesanti, ecc., ecc.

Se la frequenza delle lesioni da infortunio decresce procedendo dalla periferia al centro, la gravità di esse aumenta, inquantochè la massima parte degli organi essenziali per la vita è contenuta nelle cavità cefalica, toracica e addominale. L'integrità anatomica e funzionale delle parti periferiche costituisce una condizione di protezione per le cavità centrali e di difesa contro le lesioni di rilevante importanza, determinate dall'azione di materiali in movimento o proiettati a distanza, perchè per la frequenza e complessità dei movimenti delle parti periferiche, queste vengono spesso ad interporsi fra la causa violenta e le regioni centrali, di cui le lesioni sono d'ordinario, più gravi per l'importanza degli organi che racchiudono.

Questa considerazione deve essere tenuta presente per stabilire il genere del lavoro e le condizioni nelle quali deve essere compiuto dai minorati della guerra, per l'applicazione della legge 21 agosto 1921, n. 1312, concernente l'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra nelle pubbliche amministrazioni e nelle aziende private.

È stato atto doveroso da parte del Governo di provvedere ad una decorosa sistemazione dei minorati della guera, ma non si è pensato che una assunzione effettuata senza norme precise e tassative, esponeva coloro che hanno sacrificato una parte di se stessi alla Patria ad un rischio notevolmente maggiore di quello che grava sugli operai disponenti dell'intera capacità lavorativa ed addetti allo stesso lavoro.

Nei casi nei quali non esistano particolari attitudini utilizzabili per una produzione quantitativamente e qualitativamente pari a quella dei sani converrà impedire che l'invalido di guerra sia adibito a lavori da eseguirsi collettivamente per evitare: 1) che questi corra un'alea maggiore d'infortunio; 2) che possa essere causa d'infortunio per i compagni di lavoro; 3) che si verifichi l'inconveniente che a parità di guadagno non corrisponda parità d'impiego di energia lavorativa.

La medicina del lavoro ha oggi esteso i propri domini fuori del campo della terapia delle malattie professionali e delle lesioni da infortunio ed esercita una azione preventiva mettendo nelle condizioni più opportune dal punto di vista igienico i lavoratori incominciando dall'indirizzarli verso la professione ed il mestiere per i quali dimostrano avere le necessarie attitudini, perchè il lavoro riesca più gradito, venga compiuto col minimo sforzo e dia luogo ai massimi risultati. Traendo dal lavoro facile, non faticoso e più redditizio le maggiori soddisfazioni, l'operaio può con gioia curare la igiene personale e della casa, osservare le prescrizioni che per la tutela della salute sono consigliate, specialmente nell'ambiente del lavoro, formandosi una coscienza igienica che lo guidi a praticare le norme di vita che sono atte a mantenere in condizioni migliori di salute e abbandonando le abitudini che a questa possono nuocere.

L'orientamento professionale e l'esame ripetuto dell'individuo, quando le condizioni fisio-psichiche dell'operaio hanno subìto un notevole e un rapido deterioramento, debbono avere di mira non solo la constatazione dell'avvenuto cambiamento delle attitudini, della riduzione della capacità lavorativa e della necessità di dirigere il soggetto verso un altro genere di lavoro, nel quale sia possibile trarre profitto dalle attitudini superstiti, ma hanno uno scopo ben più alto, quello, cioè, di consigliare all'operaio menomato nella sua attitudine al lavoro, quel mestiere, quella professione, o quel genere di mansioni nei quali corra minima alea di riportare ulteriori offese alla integrità della personalità fisio-psichica e di accrescere, più o meno notevolmente, la minorazione lavorativa.

Tutte le considerazioni relative alla produzione (qualità, quantità, dispendio maggiore o minore di energia fisica e psichica, rendimento economico, ecc., ecc.) debbono essere subordinate alla tutela dell'incolumità del lavoratore.

Tutela che più intensamente deve essere effettuata su coloro che, per malattia o per conseguenze di lesioni da infortunio, trovansi in condizioni di minorata capacità lavorativa con poteri difensivi ridotti di fronte alle insidie e ai pericoli dell'ambiente del lavoro. Tutela, sempre doverosa, che assurge ad opera preventiva inspirata alla più viva e dolcissima gratitudine verso chi trovasi nelle condizioni di risentire più facilmente e più gravemente l'azione dannosa di quelle insidie e di quei pericoli per mutilazioni o conseguenze di lesioni riportate nel compimento dell'altissimo dovere della difesa della Patria.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

FABRE PH. *La mécanique des phénomènes sphygmomanométriques.*

Lo studio della pressione sanguigna, nelle condizioni fisiologiche e patologiche ha appassionato i cultori delle mediche discipline in modo intensissimo nel corso di questi ultimi anni. Si contano a centinaia i lavori su questo argomento. Ma esso coinvolge oltre ad un lato clinico e sperimentale anche un lato puramente meccanico attorno al quale si è scritto poco. L'A. di questo libro edito da Gaston Doin a Parigi, ha con l'aiuto di apparecchi strumentali di precisione quali gli poteva fornire il Laboratorio di Fisica della Facoltà di Parigi, abbordato questo lato meccanico della questione. Ecco quindi un libro che rappre

senta come una necessaria introduzione meccanica per chi si accinge agli studi sulla pressione sanguigna in clinica o in fisiologia.

L. TONELLI.

STEMPEL R. *Der gegenwärtige Stand des serologischen Luesnachweises mittels Flockungsreaktionen.* Marhosh C., Halle, 1926. Mk. 3.

Questo fascicolo di 94 pagine appartiene alla collezione di Dermatologia e Sifilologia edita sotto la direzione dell'Jadassohn di Breslavia e del Pinkus di Berlino. Esso contiene una estesa parte storica sulle reazioni di flocculazione con la esposizione di tutti i metodi proposti per la sierodiagnosi della sifilide, cui segue un breve capitolo circa la questione teorica delle flocculazioni stesse cercando di interpretarne il meccanismo.

Si presenta come un utile riassunto per quanti si interessano di questa parte della serologia, quantunque la mancanza di qualsiasi indicazione bibliografica non giovi a chi voglia più particolarmente confrontare i lavori originali brevemente esposti o citati dall'autore. TR.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Sezione IV. *Angewandte chemische und physikalische Methoden.* Parte IX, fasc. V. Un vol. in-8° di 200 pag., con fig. Urban e Schwarzenberg, editori. Vienna, 1925. Prezzo M. 8,40.

In questa puntata del noto trattato, R. Berg svolge l'argomento della metodica delle ricerche chimiche sul ricambio, occupandosi dapprima delle analisi sugli alimenti, poi di quelle sulle feci e sulle urine.

A C. Funk è stata affidata la trattazione dei metodi per le ricerche sulle vitamine; fra queste, oltre le vitamine B, C, D, l'A. include anche le sostanze di azione analoga a quella dell'insulina ed una vitamina P. che sarebbe quella antipellagrogena e dà anche le necessarie nozioni sulle vitasterine.

Le analisi per lo studio del ricambio purinico (urine, feci, sangue, tessuti) sono descritte da A. Schittenhelm e K. Harpuder. *fil.*

Le Vitamine. Un vol. in-8°, di pag. 95. Milano, Istituto Biochimico Italiano.

È una pregevole raccolta di 34 memorie e comunicazioni, tutte di autori italiani, di cui una introduttiva del Centanni, le altre estratte da periodici o resoconti varii; sono ordinate in tre gruppi: la dottrina delle vitamine, le vitamine nel laboratorio, le vitamine nella clinica; molta parte è fatta alla terapia. La pubblicazione sarà bene accetta a tutti gli studiosi di questo cattivante argomento. R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXVIII Congresso tedesco di Medicina interna a Wiesbaden.

Venne tenuto dal 12 al 15 aprile 1926.

La prima relazione concerneva la

Terapia moderna della neurolues.

Secondo SPIELMEYER (Monaco) l'ipotesi di un agente speciale è reso poco probabile dal fatto che finora non è conosciuto per alcun virus un neurotropismo tardivo.

WAGNER-JAUREGG (Vienna) in ricerche fatte alla sua clinica trova che l'associazione della cura salvarsanica (3-5 grammi) alla cura con la malaria (10-12 attacchi febbrili) dà risultati molto migliori che non quelli che si ottengono con la sola cura con la malaria in casi di paralisi progressiva iniziale: ottiene il 66,6 % di guarigioni anzichè il 40,6 %, la cura associata dà però anche una mortalità più elevata, di 18,7 % di fronte a 12 %. Le reazioni sul siero e sul liquor si modificano più lentamente che non i sintomi clinici. Si devono scegliere ceppi di plasmodi privi di gameti, ed inocularli direttamente perchè la malaria trasmessa dalla puntura dell'anofele è resistente al chinino; non si devono mai inoculare parassiti derivanti da pazienti che già furono malarici. È consigliabile di praticare la cura della malaria a scopo profilattico anche senza che esistano ancora i sintomi di paralisi progressiva, in sifilitici che dieci anni dopo l'infezione hanno ancora la Wassermann positiva. La cura è controindicata nello scompenso cardiaco e nella grave cachessia. Anche nella tabe la cura della malaria dà risultati non inferiori a quelli delle cure specifiche; essa riesce particolarmente efficace nello stadio preatassico.

Nella discussione che seguì a queste due comunicazioni, NONNE (Amburgo) confermò la maggiore efficacia della cura associata malaria-salvarsan; nella tabe la cura della malaria darebbe risultati incerti.

WICHMANN (Colonia) trovò negli inoculati di malaria alterazioni nei proteidi del siero.

SUELZER (Berlino) consiglia di controllare lo stato del fegato nei paralitici inoculati di malaria (comparsa di aminoacidi); consiglia infusioni di soluzione glucosata in caso di insufficienza epatica.

TRÖMMER (Amburgo) trova la cura della malaria troppo pericolosa: in 16 su 50 casi di paralisi progressive fu costretto ad interrompere la cura per un'improvvisa ipotensione, mortale in sei casi. In 12 casi di tabe non ottenne alcun risultato.

JAGIC (Vienna) è d'accordo che solo il grave scompenso controindichi la cura malarica, così pure HITZENBERGER (Vienna) che constatò in tutti i casi una forte ipotensione che durava per mesi.

ADLER (Salisburgo) guarì con l'inoculazione della malaria un caso di demenza acuta da polineurite grippale.

DREYFUS (Francoforte) non ottenne risultati de-

finitivi con l'inoculazione della malaria nella tabe e nella lue cerebrospinale.

Risultati buoni ottenne LENZMANN dall'inoculazione della malaria in 59 casi di blenorragia cronica: i gonococchi scomparvero in 56 casi.

HAUPTMANN (Friburgo) consiglia nella tabe il Flogetan combinato col Salvarsan; così pure LANDGRAF.

SCHMIDT (Dresda) consiglia il nucleinato di sodio nella tabe, nella sclerosi multipla e nell'encefalite grippale.

Secondo STEINFELD la reazione di Wassermann positiva nel liquor sarebbe dovuta alla presenza di prodotti di decomposizione cerebrale di natura lipoidea.

HILLER (Monaco) dimostra nel liquor di paralitici prodotti lipoidei di scissione.

Secondo IAHNEL (Monaco) il cervello paralitico sarebbe capace di produrre sostanze immuni..

STEINFELD dimostra con esperimenti su ratti, che durante il periodo immunitario riesce soltanto nel cervello un arricchimento di spirochete.

Seguirono comunicazioni di GREVING (Erlangen), sul sistema mesencefalo ipofisario e sulla localizzazione delle funzioni vegetative. (Importanza del nucleo sopraottico per il ricambio idrico, del nucleo paraventricolare per il ricambio degli idrati di carbonio, del nucleus tuberis per la regolazione termica); di HILLER (Monaco) sui capillari del sistema nervoso centrale; di KISCH (Colonia) sull'irradiazione dei riflessi autonomi; di BREMER (Monaco) sull'etiologia della siringomielia (speciali tipi costituzionali nella maggior parte dei casi).

*
* *

La seconda giornata si inizia con la relazione di SCHILLING:

Sul sangue come indice di processi somatici.

L'apparato leucocitario viene particolarmente influenzato dai processi infiammatori. Esso reagisce con una prima fase di combattimento neutrofilo, con una seconda fase di difesa leucocitaria e con una terza fase di guarigione linfocitaria.

I casi di prognosi infausta non superano la prima fase neutrofila.

Il sangue indica in quale modo l'organismo attaccato si difende, l'esame del sangue può perciò fornire utili criterii terapeutici.

Gli schemi di SCHILLING sono criticati da ARNETH, che trova che l'emogramma è troppo semplice e dovrebbe venire unito al suo sistema e che ritiene che altrettanta importanza dello spostamento a sinistra si debba attribuire anche allo spostamento a destra, da NAEGELI (Zurigo) che consiglia di non dare eccessiva importanza all'ematogrammå, perchè il quadro leucocitario reagisce a qualsiasi stimolo mesenchimale, poco invece alle affezioni ectodermiche; ritiene molto importante la patologia delle piastrine e il comportamento dei proteidi del siero in casi di infezioni e di tumori.

OELLER (Lipsia) contrariamente alle sue prime affermazioni, riconosce in seguito ad esperienze su animali (che SCHILLING non ritiene però dimostrative) che i granulociti in caso di bisogno si possono sviluppare anche dalle cellule dei tessuti, in cui esse poi si ritrasformano dopo avere eseguita la loro funzione.

STAHL (Rostock) insiste sull'importanza delle piastrine per la diagnosi; CURSCHMANN sull'importanza della determinazione della resistenza dell'emoglobina di fronte alla soda caustica.

KAUFFMANN (Francoforte) si occupa della citologia delle vesciche provocate per mezzo di cerotto cantaridato in diverse affezioni; PETTSCHACHER (Innsbruck) dell'effetto di ormoni sulla concentrazione e viscosità del sangue; BERGER (Innsbruck) della diminuzione dei proteidi del siero in casi di infezioni; ALWENS delle alterazioni ematiche nella vecchiaia.

ZADEK riferisce un caso di leucemia acuta linfoblastica post-endocarditica anginosa; HASSELMANN un caso di notevole spostamento a sinistra della formula leucocitaria nel corso di un pemfigo volgare, e MÜLLER (Amburgo) non crede che il sangue periferico permetta delle deduzioni sullo stato del sangue generale perchè la distribuzione del sangue sarebbe in rapporto col sistema vegetativo. L'ipotesi di questo A. è però contradetta come fa notare SCHILLING, dalle ricerche di WOLLHEIM: molto più importanti di quelli nervosi sono gli stimoli chimici.

Seguono comunicazioni di SEYDERHELM ed OESTREICH su ricerche sperimentali sul comportamento dei leucociti nell'organismo (leucociti vecchi iniettati nelle vene al coniglio vengono trattenuti e distrutti dal fegato); di DENECKE sulle proprietà biologiche dei leucociti disemoglobinizzati (dopo l'aggiunta di soluzione cloruro-sodica e ipertonica essi riprendono l'emoglobina e assumono di nuovo ossigeno); di NEUMANN sul modo di ottenere dai leucociti del midollo un estratto attivo; di SCHOTT e LINDEMANN su tentativi di trasmissione dell'anemia perniciosa, con iniezioni endovenose o endoperitoneali di sangue ad animali sani (morte degli animali per shock acuto emorragico); di STALL e BACHMANN sui buoni effetti terapeutici della trasfusione di sangue nell'anemia perniciosa (riposo del midollo osseo); di DEUTSCH sulla patogenesi delle malattie spinali dell'anemia perniciosa; di TRAUGOTT sulla diminuzione del valore globulare ed aumento degli eritrociti in anemici perniciosi trattati con iniezioni endovenose di Atophan e remissioni di anni dopo successiva cura arsenicale; di MARX, di SIEBECK, di GABBE, di BUTTNER, di OHME, di MOOG, di SCHWENKENBECHER, di HETENYI e POGANY, di MEYER-BISCH e di WICHMANN su vari argomenti concernenti lo scambio di liquidi e di alcune sostanze solide tra il sangue e i tessuti.

*
* *

La relazione del terzo giorno venne tenuta da KLEWITZ sullo:

Asma bronchiale.

Gli elementi dell'attacco asmatico sono lo stato spastico dei bronchi e l'aumento della secrezione bronchiale. La tensione dell'acido carbonico nel polmone è normale, non esiste quindi dispnea polmonare; il contenuto in ossigeno del sangue può essere diminuito. In molti casi l'asma è di natura allergica, determinato da diverse sostanze alimentari o di provenienza vegetale od animale, oppure medicamentose. La determinazione della sostanza anafilattizante per mezzo delle cutireazioni, spesso non riesce perchè l'individuo è ipersensibile a più di una sostanza. Nei casi di asma in cui non si riesce a dimostrare ipersensibilità, si tratta di disturbi del sistema nervoso vegetativo. La cura dev'essere causale se possibile: tener lontana dal paziente la sostanza cui egli è allergico (cambiamento di professione o di clima ecc.) e dissensibilizzazione quando si sia identificata la sostanza, incominciando con iniezioni di dosi minime. Buoni risultati si ottengono anche con vaccinazioni aspecifiche, con la cura roentgenologica e con l'ipnosi e la psicoterapia; non è raccomandabile la cura chirurgica con operazioni sul simpatico o sul vago.

STORM VAN LEEUWEN ritiene che il 95 % degli asmatici siano allergici: l'allergia sarebbe in rapporto con prodotti vegetali ed animali. SCHAFER trova la reazione del sangue normale anche nell'accesso; PETOW trova una diminuzione dell'acido carbonico e della riserva alcalina del sangue; VEIL constata uno spostamento di joni; BERGER, che ottenne buoni risultati con la dissensibilizzazione, non trovò specifiche le cutireazioni; WIEGAND ottiene risultati positivi soltanto nel 5 % delle cutireazioni; LESCHKE ritiene che la maggior parte degli asmatici sieno ipersensibili a miasmi dell'aria e alla polvere; KURSCHMANN attribuisce principale importanza al fattore psichico e costituzionale (buoni risultati dalla cura roentgenologica e dal calcio); ISSERLIN ottiene buoni risultati dal « Luminal » dato durante i prodromi in casi di asma di natura psichica; LAUDENHEIMER, che ritiene che anche l'asma allergico spesso segua a traumi psichici, trattò con buoni risultati 20 casi con l'ipnosi.

Secondo STEHELIN anche nell'asma allergico esisterebbe sempre una componente nervosa.

*
* *

Su operazioni sul vago e simpatico riferiscono BOETTNER, e BÜRGER che vi è contrario.

Su argomenti concernenti la patologia del cuore riferiscono MOBITZ (volume del battito cardiaco). RAUTMANN, SCHLIEBHAKE (cessazione dell'accesso di tachicardia parossistica somministrando idroclorato di colina), FREY e TIEMANN, DAVID e GABRIEL.

LESCHKE, LAUTER, NONNENBRUCH, HEINEL riferiscono su alcuni problemi del ricambio; BECHER comunica sul comportamento di alcuni prodotti di putrefazione nell'organismo; DÖNECKE su ricerche quantitative intorno alla frazione degli ossi, acidi aromatici nelle malattie; LITZNER sul potere di concentrazione del rene nell'eliminazione delle sostanze aromatiche; BÜRGER sulla colesterinemia; NOTHMANN, KUHNAU sull'azione dell'ormone paratiroideo (neutralizzazione dei fenomeni da intossicazione di metal-guanidinica); WEITZ e VOLLERT su alterazioni ritmiche del tono dei muscoli lisci (opinione contrastata da WULPENA che espone gli argomenti contrari, confermata invece da KATSCH).

Seguono comunicazioni su vari argomenti di STUBER e LANG, DIEKLEN, LANGE e JAHN, BERG, GUTZEIT, KALK, GEBER, BOGENDORFER, BECK, POSENER, FRAENKEL, SONNENSCHEIN.

POLLITZER.

Riunione della Sezione Lombarda della Società Italiana di Pediatria.

Il 30 maggio si è tenuta in Cremona la riunione della Sezione lombarda della Società Italiana di Pediatria; erano presenti numerosi soci intervenuti dalle varie città. Presiedette il Congresso il prof. C. CATTANEO, presidente della detta Sezione.

I temi delle comunicazioni furono i seguenti:

Forme morbose favorenti o contrastanti l'insorgenza della tubercolosi polmonare nell'infanzia.

Prof. ALBERTARIO E. — Secondo l'O. nelle forme scrofolose si verrebbe a stabilire nell'organismo una sufficiente difesa contro localizzazioni secondarie dei germi in altre parti dell'organismo. Tutte le malattie infettive acute e le malattie a carico dell'apparato respiratorio predisporrebbero l'organismo alla infezione tubercolare, sia per mezzo della minorata resistenza, sia favorendo il risveglio di un processo tubercolare già esistente.

L'iperfunzione della tiroide e del timo aumenterebbero le forze difensive, mentre per le capsule soprarenali l'ipofunzione agirebbe da freno sul processo tubercolare.

Su un caso di artrite sifilitica.

Dott. BARBARANI F. — L'O. riferisce di un caso di artrite sifilitica accompagnata da una sintomatologia di artrite acuta, che fu messa in evidenza con la sieroreazione di Wassermann, e che guarì con la terapia specifica.

Dosaggio delle sostanze riducenti nel liquido cefalo-rachidiano.

Dott. BARBARANI F. — L'O., usando il metodo del Bardisian, conclude che il potere riducente è ridotto notevolmente nelle meningiti tubercolari e cerebro-spinali; che è qualche volta aumentato nella paralisi progressiva e nella lues cerebri.

Voluminoso angioma congenito.

Dott. BELLONI G. — L'O. descrive un angioma in un bambino di un giorno comprendente l'articolazione della spalla, il braccio, l'avambraccio

e la mano sinistra, a cute in certi punti liscia, tesa, in certi altri abrasa e erosa. L'esame radioscopico non aveva dimostrato la presenza di elementi teratologici. L'autopsia dimostrò trattarsi di un linfangioma. Secondo l'O. le cause immediate di tale angioma sarebbero dovute ad un aumento della pressione endovasale e ad un difetto di costruzione vasale avvenuto assai precocemente nella vita intrauterina; a queste potrebbero aggiungersi l'influenza che avrebbero le ghiandole a secrezione interna durante il periodo di differenziazione dei varii tessuti.

Dott. BINDER R. — *Trauma al capo e sindrome meningea consecutiva.*

Dott. BOTTELLI UGO. — *Puntura splenica nella malaria cronica.*

Dott. CARBOGNIN D. — *Le meningiti da pneumococco nell'infanzia.*

Di un nuovo segno della adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare.

Prof. dott. CATTANEO CESARE. — Percuotendo con una certa forza sulle apofisi spinose delle vertebre dorsali, per la ricerca del segno di Koranyi (ipofonesi al di sotto della terza) nella adenopatia tracheo-bronchiale, dopo pochi secondi (da 5'' a 30'') si vedono apparire in corrispondenza delle apofisi stesse delle macchie rosse, che rapidamente svaniscono, per ripresentarsi ad ogni nuova percussione.

Le macchie rosse appaiono solamente sulla zona ipofonetica, poichè mancano sulle vertebre che danno risonanza normale, e appaiono solo in bambini tubercolosi (cutireazione, radiografia, reazione alla tubercolina positive). Su parecchie centinaia di casi sono mancate solo una volta su cento, in bambini affetti da adenopatia tracheo-bronchiale tubercolare in istato di profonda anemia.

Il segno che non ha trovato ricordato da altri AA., è comodo sopratutto nei piccoli bambini, nei quali non sempre è facile stabilire il limite preciso al quale arriva la risonanza, mentre dal numero delle macchie rosse si legge la estensione della ipofonesi (alla IV, V, VI, ecc.).

Il segno va interpretato come una turba vasomotoria locale in rapporto con l'aumentato volume delle ghiandole sottostanti. In questo senso parlano la assenza del segno anzidetto, in casi di eccezionale anemia, e l'esame capillariscopico della cute della regione.

Dott. CELLI F. — *Le istituzioni sanitarie infantili in Cremona.*

Dott. COARI A. — *Sulla frequenza dei varii sintomi diagnostici della meningite tubercolare.*

L'infezione da tetrageno.

Dott. DARDANI REMO. — L'O. riferisce di un caso di infezione da tetrageno in una bambina di tre anni. Tale diagnosi fu basata su esami microscopici e culturali del liquido pleurico, sulla emocultura e sulla intradermoreazione con vaccino autogeno e sulla auto-emoagglutinazione. Il tetrageno isolato era del tipo albus.

La colesterinemia nei bambini tifosi.

Dott. DELLARIA A. — L'O. dai risultati ottenuti dalle sue ricerche conclude dicendo che nella prima e seconda settimana di malattia si nota una notevole diminuzione della colesterina nel sangue. Tale tasso colesterinico aumenta poi gradatamente avviandosi verso la guarigione. La ricerca del tasso colesterinico nel sangue dei tifosi, avrebbe poi anche un valore per la prognosi, in quanto questa è assai grave nei casi in cui il tasso colesterinico è bassissimo.

Sulla cosidetta bilirubinemia fisiologica nell'infanzia.

Dott. DEMICHELI E. — L'O., in base a 50 ricerche su bambini, conclude dicendo che anche nell'infanzia manca quasi costantemente il fenomeno della colemia pigmentaria, presunto già come fisiologico.

Il dott. GAMBARA domanda schiarimenti sull'esame del sangue in un caso citato dall'O. di anemia con ittero emolitico.

La vaccinodiagnosi nelle malattie infettive.

Dott. FERRARIO A. — Riferisce di duecento vaccinazioni eseguite su bambini aventi malattie diverse. Alla intradermoreazione furono accompagnate prove biologiche varie per controllo. Secondo l'O. tale mezzo di indagine sarebbe positivo nel 97-98 % dei casi; sarebbe negativo nei casi di gravissima infezione in periodo assai avanzato. Secondo l'O. tale mezzo di indagine sarebbe utilissimo anche per diagnosticare malattie da poco pregresse. La facile tecnica e la sua praticità lo rendono utilissimo al medico pratico.

CATTANEO illustra la precocità e la praticità di tale mezzo diagnostico.

Tentativi di vaccino-profilassi anti-grippale.

Dott. GAMBARA L. e dott. PORTA. — Gli OO. rilevano la insufficienza dei mezzi profilattici tuttora adottati: propongono di usare, oltre le comuni regole profilattiche, la vaccinoterapia preventiva praticata con una iniezione di 50 milioni di bacilli di Pfeiffer. Tali vaccinazioni eseguite con il detto scopo diedero come risultato una notevole diminuzione della mortalità e della morbilità.

Infiltrazioni pleuro-polmonari post-grippali e attinoterapia.

Dott. GAMBARA L. — L'O. rileva la gravità dei postumi grippali, che persistono a lungo, portando a grave deperimento il malato e riporta i buoni risultati ottenuti con la attino-terapia.

Contributo alla terapia della corea minor.

Dott. GATTI-CASAZZA. — L'O. riferisce di buoni risultati ottenuti col Luminal, usato per la terapia sintomatica in tre gravi casi di corea nell'infanzia.

Infezioni grippali con sintomatologia rara.

Dott. INTINI G. — L'O. riferisce su alcune forme poco comuni di influenza, la cui natura è comprovata da prove biologiche e culturali: 3 casi di croup influenzale, 2 di meningite sierosa, 2 di nefrite, 1 forma setticemica, 1 con ittero, ed una coxite. Richiama l'attenzione su tali forme che possono indurre in false interpretazioni circa la loro etiologia.

Cistiti influenzali.

Dott. MACCHI A. — L'O. mette in rilievo la esistenza di cistiti influenzali da bacillo di Pfeiffer. Ricorda 17 casi in cui fu possibile con le ricerche batteriologiche culturali e biologiche mettere in evidenza tale germe e fa rilevare come la sistematica ricerca dei germi determinanti la insorgenza della cistite sia utilissima, specie nei riguardi di una terapia vaccinica specifica.

Dott. MACCHI A. — *Su di un caso di artrite post-influenzale.*

Dott. MARCONI V. — *Ipertrofia timo-tiroidea post-influenzale in una bambina di 5 anni.*

Ricerche del tasso di acido urico nel sangue.

Dott. MUSUMECI G. — L'O. espone i risultati ottenuti ricercando il tasso di acido urico nel sangue di bambini sani e ammalati delle varie forme. Usando per tali ricerche il metodo di Folin-Wu è arrivato alle conclusioni che il tasso normale si aggira nei bambini sani di età da 2 a 3 anni tra il 0,20-0,80 mgr. per 100 di sangue; dai 3 a 8 anni da 0,40 a 1,50 mgr. Nei bambini affetti da diatesi essudativa il tasso di acido urico arrivava dall'1,50 al 2,10 per 100 cc. di sangue. Nella eredo-lue e nella tubercolosi tale tasso era diminuito.

L'indagine radiologica nella tubercolosi infantile a cutireazione negativa.

Dott. MAZA C. — L'O. comunica di alcuni casi in cui clinicamente e radiologicamente si potevano mettere in evidenza la natura di infezione tubercolare in atto, mentre la cutireazione praticata aveva dato risultato negativo. Mette inoltre in evidenza per quali ragioni la cutireazione era risultata discordante dagli altri reperti.

Vaccinazioni antitubercolari nell'infanzia a scopo profilattico con vaccino di Ponndorf.

Dott. MORANDI E. — Dalle vaccinazioni eseguite per via cutanea l'O. conclude ritenendo necessario l'estendersi di tale profilassi specie col vaccino del Ponndorf che, oltre che ottimo, è anche scevro di ogni pericolo.

CATTANEO esalta il vaccino del Maragliano e la vaccino-terapia profilattica.

Sulla cranio-tabe nei suoi rapporti col rachitismo.

Prof. dott. PESTALOZZA C. — L'O. espone i risultati delle ricerche fatte su 500 bambini rachitici dei primi due di vita, suddividendoli per mesi di età. Secondo tali ricerche la cranio-tabe sarebbe presente nel 100 % dei rachitici del primo semestre di vita, nel 61 % nel secondo semestre. Conclude ritenendo tale sintomo costante nel rachitismo del primo semestre, mentre diventerebbe gradatamente più raro in seguito per il predominio di lesioni rachitiche a carico delle ossa lunghe.

CATTANEO riferisce sul valore della cranio-tabe come segno di allarme nel rachitismo.

La reazione del Taccone nel liquor.

Dott. PORTA G. — L'O. illustra la tecnica della reazione e ne mette in evidenza i vantaggi rispetto alle molte altre. Essa è assai utile nella reazione meningitica e encefalitica dal lato biologico essendo quella che meglio serve a mettere in luce le sottili modificazioni fisico-chimiche del liquor in condizioni patologiche. La zona di sensibilità è però troppo ampia per una diagnosi differenziale.

Dott. PORTA G. — *La vaccino-diagnosi nei bambini tubercolosi e fenomeni cutanei allergici.*

Su di un caso di morte improvvisa.

Prof. dott. REPACI G. — L'O. descrive un caso di morte improvvisa di una bambina di 4 anni con costituzione apparentemente sana. L'autopsia nulla fa rilevare all'infuori di un grosso timo del peso di 20 gr. Si intrattiene a discutere le varie ipotesi per spiegare tali morti improvvise, concludendo che sebbene l'ipotesi di una intossicazione dovuta alla secrezione del timo (ipertimizzazione del sangue) sembri molto probabile, allo stato delle nostre conoscenze è difficile pronunziarsi sul reale meccanismo delle cosidette morti timiche.

Meningite tubercolare con liquido torbido e reazione citologica polinucleare.

Prof. dott. REPACI G. — L'O. riferisce su un caso di meningite tubercolare in un bambino di 5 anni; oltre alla sindrome meningea completa il bambino presentava splenomegalia, epatomegalia, e febbre continua con alte temperature. Positiva la sierodiagnosi pel bacillo di Eberth, cutireazione negativa. La puntura lombare diede esito a liquido torbido con quasi esclusiva reazione citologica polinucleare. La ricerca batteriologica fa rilevare la presenza del bacillo di Koch. Alla autopsia si rilevarono le solite alterazioni della meningite tubercolare.

L'O. conclude insistendo sulla necessità della ricerca del bacillo di Koch nei liquidi cefalorachidei con reazione citologica polinucleare, specialmente in quei casi in cui, malgrado il più attento esame, essi sembrano asettici.

Dott. ROSSI F. — *Un caso di adenopatia tracheo-bronchiale con rottura del bronco ed enfisema sottocutaneo.*

Dott. ROVIDA G. — *L'evoluzione della esostosi cartilaginea dal punto di vista radiologico.*

I portatori di meningococchi attraverso gli esami culturali e con la vaccino-diagnosi.

Dott. SCIAINO C. — L'O. riferisce di ricerche fatte su 13 parenti di bambini affetti da meningite cerebro-spinale, in cui fece ricerche batteriologiche sul muco preso dal faringe. In 7 casi da tali culture si sviluppò il meningococco. La vaccinodiagnosi fu in 10 sui 13 positiva pel meningococco.

Dott. SPAGNOLETTI L. — *Influenza complicata con grave sindrome nervosa.*

Dott. TACCONE G. — *Sopra alcune ricerche eseguite durante l'epidemia influenzale del 1926.*

Dott. TACCONE G. — *Nuovo metodo qualitativo per l'acidità del succo gastrico.*

Dott. TICOZZI E. — *Contributo alla conoscenza clinica dell'ascesso del fegato nel bambino.*

Dott. TRIMARCHI A. — *L'otite latente nella infanzia.*

Dott. VERGOMBELLO C. — *Per un caso di grave setticemia tifosa in un bambino.*

I corpi di Amato nella scarlattina e nelle altre malattie infettive acute.

Prof. dott. ZIBORDI F. — L'O. ha potuto osservare 21 casi di scarlattina, in varii momenti dall'insorgenza dell'esantema, seguendone anche alcuni nel decorso della malattia. Di questi 3 erano già in 10ª-13ª giornata dall'insorgenza dell'esantema. Nei rimanenti 18 ammalati, osservati più precocemente, in 15 ha potuto osservare in numero vario, presenza di corpi di Amato, che andarono scomparendo con l'evolvere del male. Osservò poi 7 casi di difterite nel periodo iniziale, ed ebbe in 2 esito positivo nella ricerca dei corpi di Amato; 5 di morbillo in 2ª-3ª giornata con un solo esito positivo; 4 casi di tifo in prima settimana con un esito positivo. Scomparvero tutti però rapidamente nel volgere di pochi giorni. Non c'è da attribuire quindi grande valore patognomonico nella scarlattina a questi elementi, potendoli piuttosto definire come il risultato di una lesione cellulare di natura non meccanica bensì patologica che ha colpito prevalentemente il sistema granulocito neutrofilo. **S.**

Società Medico-Chirurgica di Pesaro

Seduta del 23 maggio 1926.
Presidenza: Prof. FRATINI.

Un caso di voluminoso meningoencefalocele occipitale operato 48 ore dopo la nascita: guarigione.

Prof. A. MANNA (Urbino). — Si tratta di un feto di sesso femminile di genitori giovani e sani, nato da parto normale, che presentava una tumefazione grossa come un'arancia in corrispondenza della regione occipitale. La tumefazione ricoperta di pelle normale con peli era di consistenza molle fluttuante, con peduncolo di circa 3 cm. di diametro e non era riducibile. Il feto presentava inoltre: fronte sfuggente, diametro biparietale strettissimo, collo corto; tronco ed arti normali.

Sotto lieve narcosi eterea, si pratica un'incisione circolare presso il peduncolo: aperta la dura e fatta accurata emostasi si legò il peduncolo con catgut e si sezionò al di sopra il peduncolo di sostanza cerebrale; indi sutura delle meningi e della pelle. Guarigione per prima.

L'esame del pezzo anatomico ha fatto notare che si tratta di 2 lobi cerebrali i cui giri sono appena accennati e i solchi quasi mancanti. La struttura della sostanza corticale rivela un enorme arresto degli elementi cellulari nervosi dei quali taluni anche mancanti e sostituiti da cellule di glia.

La bambina che ora conta sei mesi, cresce regolarmente, ha completa la motilità e la sensibilità; non ha mai presentato fenomeni convulsivi da irritazione corticale; alla famiglia sembra che veda e riconosce gli oggetti.

Il caso è interessante oltre che dal punto di vista chirurgico, poichè la prognosi di tali interventi è quasi sempre infausta, anche dal lato fisiologico e neuropatologico.

Il pezzo anatomico è in studio presso il prof. Mingazzini.

Due casi di rottura spontanea dell'utero nel periodo espulsivo.

Prof. SBROZZI (Fano). — L'O. riporta un caso di rottura spontanea del fondo dell'utero con passaggio della placenta nel cavo addominale, durante il periodo espulsivo. La testa del feto era già fuoriuscita dai genitali ed il parto si era arrestato. L'O. intervenuto in questo momento, provvide alla rapida estrazione del feto e fatta poi subito la diagnosi di rottura dell'utero, praticò immediatamente un'isterectomia subtotale. Guarigione per prima.

Dott. COMANDINI (Pesaro). — L'O. riporta pure un caso di rottura spontanea dell'utero nella sua porzione laterale destra inferiore, la cui diagnosi venne fatta dopo praticata l'estrazione del feto col forcipe, ma che risultava, come dimostrò il reperto operatorio, essere accaduta spontaneamente durante il travaglio. Isterectomia. Guarigione per prima.

Fenolterapia associata alla sieroterapia nel tetano traumatico.

Dott. FATTORI (Urbino). — L'O. riferisce un caso di tetano grave trattato colla cura mista siero e acido fenico, con esito favorevole, concludendo per l'efficacia di detto metodo. Alla discussione prendono parte il dott. Grandi che riferisce ampiamente su di un caso di tetano trattato collo stesso sistema, il prof. Fratini, il dott. Mei.

Cura della pertosse colle iniezioni di etere.

Dott. ANDREONI (Tavoleto). — Riferisce una statistica di casi di pertosse trattati coll'etere concludendo per l'efficacia del metodo.

Dott. GIUSEPPE BARBIERI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

Sulla natura del fenomeno dell'estinzione nella scarlattina.

Dai lavori di Schulz e Charlton si sa che l'iniezione intracutanea del siero di convalescente scarlattinoso provoca l'estinzione dell'esantema scarlattinoso: questa proprietà è posseduta anche dal siero normale, e dal siero di altre affezioni febbrili come il morbillo. Paschen consigliò il siero di convalescente quale mezzo diagnostico: se infatti si inocula il siero di un sospetto scarlattinoso in infermo scarlattinoso con esantema ampiamente sviluppato, se manca l'estinzione, nel primo caso si tratterà di scarlattina. Il risultato positivo della reazione dipende dal periodo evolutivo dell'esantema. Per alcuni il fenomeno sarebbe dovuto a speciali sostanze con azione sui vasomotori, per altri ad anticorpi specifici che neutralizzerebbero in sito la tossina scarlattinosa.

Zlatogoroff e Derkatsch (*Klin. Wochen.*, 1926, n. 11), hanno cercato di determinare la natura dell'antigene capace di dar luogo alla comparsa nel siero delle sconosciute sostanze estintrici dell'esantema, o sostanze di Schulz-Charlton.

Dalle numerose esperienze degli AA. si deduce che per ottenere un siero capace di provocare la estinzione è necessario immunizzare gli animali con tossine streptococciche o con culture virulenti o vive di streptococchi tossici, essendo sufficiente una sola infezione con materiale scarlattinoso virulento che contenga streptococchi emolitici. La formazione e l'accumulo di sostanze di S. C. nel siero degli animali da esperimento è raggiunta molto più lentamente che gli altri corpi immunizzanti: i sieri estintori hanno un titolo di agglutinazione molto alto rispetto agli streptococchi della scarlattina e si comportano positivamente nelle deviazioni del complemento realizzate con squame scarlattinose quale antigene. I sieri di animali immunizzati con streptococchi morti o privi delle loro tossine, non sono capaci di dar luogo al fenomeno dell'estinzione; la capacità dei sieri umani e degli animali da esperimento di estinguere l'esantema scarlattinoso è una reazione specifica alla tossina dello streptococco. L'organismo immune verso la scarlattina, non sempre contiene le sostanze di S. C., nè si può determinare attualmente se questo dipende dal fatto che fra la immunità verso la scarlattina e la presenza di streptococchi emolitici manchi ogni parallelismo, ovvero che vi siano diversi streptococchi emolitici che intervengano nei singoli casi.

MONT.

Un nuovo segno per la diagnosi dell'appendicite nella donna.

È frequente nella donna il verificarsi di malattie pelviche con sintomi che simulano altra infermità. Da notarsi nel lato destro l'annessite destra simulante un'appendicite. L'esperienza di C. A. Castax (*La Prensa medica Argentina*, 1925) insegna che non si deve mai porre diagnosi di appendicite nella donna senza aver proceduto prima all'esplorazione rettale e vaginale. In tal modo si può mettere in evidenza un sintoma importante che ha denominato « dismenorrea appendicolare ». Questa si presenta in forma di dolore acuto due o tre giorni prima delle mestruazioni e si riacutizza quando queste incominciano. Il dolore è localizzato nel lato destro del basso ventre, fossa iliaca e punti ovarici e appendicolari, e si irradia fino ai muscoli dello stesso lato. Si distingue da quello proprio delle dismenorree ovariche ed uterine in quanto questo è bilaterale con irradizioni dorso sacrali e ipogastriche. Nella p. in discorso non si apprezzano alterazioni degli annessi: molte sono vergini, altre multipare o nullipare senza passato genitale. Alla laparatomia non si riscontrano aderenze dell'appendice con l'annesso di destra, nè alterazioni di questo. Non si tratta di appendico-annessiti, ma di fenomeni congestivi mestruali che esacerbano il processo appendicolare cronico.

La dismenorrea appendicolare è molto frequente nell'appendicite della donna e permette di differenziarla dall'annessite in una maniera precisa, recando così un prezioso aiuto alla terapia.

MONT.

Il vero ed il falso segno di De Graefe.

De Graefe nel 1864 attirava l'attenzione della Società di medicina di Berlino su di un nuovo segno della malattia di Basedow, al quale egli attribuiva valore patognomonico per rendere più sicura la diagnosi delle forme fruste ed iniziali di gozzo esoftalmico. Il segno consiste, è noto, nell'asinergia oculo-palpebrale, cioè nell'arresto o nel ritardo dell'abbassamento della palpebra nel momento dello sguardo in basso: questo segno non è la conseguenza dell'esoftalmo, poichè manca nei tumori dell'orbita, mentre si trova anche nelle più leggere forme di Basedow. Abbenchè accettato dai più noti neurologi, nessuno si è domandato se veramente si tratti di un segno patognomonico o di un segno obiettivo propriamente detto; ora Rollet (*Le Journal de méd. de Lyon*, marzo 1926), afferma che l'asinergia oculo-palpebrale costituen-

te il segno di De Graefe, può essere volontariamente realizzata: essa fa parte di alcuni giuochi mimici normali. Da una inchiesta compiuta su 200 allievi della Scuola di Sanità militare, tutti giovani e perfettamente sani, l'A. ha tratto la convinzione che il segno è legato, per così dire, alla mimica dello stupore o del terrore e può da chicchessia essere imitato subito che si voglia, ovvero dopo un certo allenamento. Tale asinergia volontaria quasi non si può distinguere dall'asinergia che costituisce il vero segno di De Graefe in patologia. Per l'organicità del segno parlano indubbiamente l'unilateralità dell'asinergia ovvero l'asimmetria.

Al di fuori del gozzo esoftalmico, si può ancora osservare, per quanto eccezionalmente, il segno di De Graefe nella paralisi verticale dello sguardo per lesione dei tubercoli quadrigemini e nelle sindromi parkinsoniane post-encefalitiche. Il segno non può essere quindi considerato quale sintoma patognomonico del morbo di Basedow.

MONT.

CASISTICA E TERAPIA.

La lobulite tubercolare.

Molto spesso avviene nella tubercolosi polmonare recente di ritrovare i segni di una impregnazione tubercolare da parte dell'organismo o una tubercolosi ganglionare, senza che o l'esame fisico dei polmoni o l'esame radiografico permettano di dimostrare una lesione primitiva tubercolare nei polmoni, come si era sospettato.

È sopratutto nei bambini, convalescenti di pertosse o d'influenza o affetti da segni evidenti di adenopatia tracheo-bronchiale, che l'esame del polmone resta muto, mentre, come si ammette dalla maggior parte degli autori, è nel polmone che il bacillo tubercolare dapprima si localizza donde poi si diffonde alle stazioni ganglionari viciniori o si generalizza nel polmone stesso.

In questi casi Jaquerod (*Annali di medicina*, 1926, fasc. 1) con speciali accorgimenti ha potuto mettere in evidenza alla radiografia delle lesioni primitive tubercolari del polmone, la *lobulite tubercolare*. Il concetto di lobulite, piccola lesione infiammatoria primaria del parenchima polmonare, rappresenta dunque la primissima lesione, che sfugge all'esame clinico comune, ma che esiste e costituisce il focolaio (cancri dei francesi) da cui poi la tubercolosi si diffonde o generalizza.

Alla radiografia l'imagine caratteristica della lobulite, secondo l'A., è rappresentata da una figura, che ricorda quella di una piccola ruota, di un diametro di circa un centimetro, composta da un punto centrale, da cui partono quattro o cinque raggi, separanti degli spazi chiari. Alle volte l'imagine non è così netta, ma si vedono questi piccoli spazi chiari, sovrapposti e ravvicinati. Per darsi ragione della figura descritta, bisogna ricordare la fine anatomia del polmone. Ogni lobulo è in rapporto con un bronco terminale, che lo percorre nel centro. Ma ciascun lobulo è costituito da tanti lobuli primitivi a cui va un ramo del bronco terminale, che da esso si distacca ad angolo retto. La figura ottenuta sulla radiografia, rappresenta la posizione della base del lobulo; il contorno rotondo o poliedrico della ruota corrisponde agli spazi interlobulari, i raggi alle ramificazioni laterali del bronco, e gli spazi chiari ai singoli lobuli primitivi.

Se il processo tubercolare progredisce, l'infiltrazione impedisce all'aria di entrare nei lobuli, e alla figura di ruota subentrano le comuni chiazze opache, eventualmente con l'imagine a mollica di pane della cavernula, reperto frequente ad aversi sulla lastra radiografica.

L'imagine a ruota della lobulite tubercolare non si riscontra mai nei polmoni normali e nasconde e sostituisce il disegno normale delle diramazioni dei bronchi e dei vasi, s'intende del resto che le lesioni massive del polmone (polmonite caseosa, broncopolmonite confluente) o antiche, fibrose, non possono dare il disegno descritto.

L'imagine radiografica della lobulite tubercolare si può ottenere solamente nelle forme iniziali e recenti ed è appunto in queste che rappresenta un importante mezzo diagnostico, perchè il suo reperto può svelare l'esistenza di un focolaio tubercolare latente nei polmoni, laddove l'esame fisico rimane muto.

M. CAJA.

L'uso della sanocrisina da parte dei pratici.

P. Louys (*Journal des Praticiens*, 24 luglio 1926) osserva che, prima di mettersi in una determinata via terapeutica per la tubercolosi, si deve considerare che spesso i miglioramenti che si osservano sono dovuti a pura coincidenza, a miglioramento spontaneo ed a un fattore psichico. Non bisogna dimenticare che la sanocrisina ha anche al suo passivo molti inconvenienti che possono andare fino a fenomeni tossici gravi. Ora è bene che nei servizi ospedalieri si continui a studiare la sanocrisina ed i suoi effetti. Ma, *nell'ora attuale*, il pratico si deve guardare dal ricorrervi anche se i malati ne fanno viva richiesta.

L'A. fa poi sue le conclusioni di Rist che cioè: può darsi che la sanocrisina abbia alcune indicazioni, certamente molto limitate, e che il suo uso sia suscettibile di perfezionamenti, ma bisogna rassegnarsi e riconoscere che gli inizi di questa chemioterapia sono ben lungi dal ricordare quelli degli arsenobenzoli.

fil.

La cura delle caverne polmonari per mezzo di iniezioni.

Da molti anni K. Takata (*Japan Med. World*, aprile 1926) tratta le forme cavitarie della tubercolosi polmonare per mezzo di iniezioni nell'interno della cavità stessa.

Il liquido medicamentoso adottato, dopo molte modificazioni, è costituito dalla seguente miscela:

Iodoformio cmc. 1.5.
Olio di trementina cmc. 2.5
Acido fenico cmc. 2.5
Canfora gr. 5
Olio di olive cmc. 36.

Le esperienze sono state fatte, per ora, solamente nelle forme apicali.

Il malato sarà posto seduto od anche disteso sul letto.

Determinato con la percussione e l'ascoltazione il punto preciso corrispondente alla cavità, si disinfetta la cute e s'infigge l'ago.

Per accertarsi di essere penetrati nella caverna, si aspira per mezzo della siringa vuota, osservando se viene ritirata dell'aria. Si procede poi all'iniezione, agendo con grande lentezza per non provocare reazioni dolorose.

Si inizierà con cmc. 0.5 di liquido, raggiungendo, con intervalli di 3-7 giorni un massimo di 5 cmc.

Secondo l'A. i risultati del suo metodo sarebbero rappresentati: dall'impiccolimento della caverna; dal miglioramento dello stato generale con scomparsa della febbre continua e diminuzione dei bacilli nello sputo; dalla modificazione dei processi cangrenosi del polmone.

Eventualmente si potrebbe osservare anche un notevole effetto emostatico nelle emottisi.

Ulteriori studi daranno maggior luce al valore del metodo, estendendolo anche al trattamento delle forme a carico dei lobi medi e inferiori.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Contributi recenti della chimica alla medicina.

I progressi della medicina sono legati per buona parte ai progressi della chimica. Ne daremo una documentazione sulla scorta di A. Stieglitz (rif. in *Journal Amer. Med. Assoc.*, 12 giugno 1926).

Anzitutto è da considerare che la chimica ci ha fornito molti nuovi prodotti utilizzati in terapia, per quanto spesso lo siano stati con ritardo. Ad esempio, i colori d'anilina sono già noti da alcuni decenni; ma le loro proprietà antisettiche vennero scoperte solo nel 1912, da Churchman, il quale riconobbe che certi batteri gram-negativi, dopo essere stati a contatto con violetto di genziana, non si sviluppavano, e questa nozione è stata applicata largamente in medicina durante gli ultimi anni: si cominciò ad utilizzare il violetto di genziana localmente, per lavaggi, sovratutto nelle infezioni articolari; poi si è passati all'impiego di esso per via endovenosa, nelle infezioni generali; gradatamente il numero dei colori d'anilina impiegati è venuto aumentando; oggi è specialmente in voga il mercurocromo 220 solubile, che dà buoni risultati nelle infezioni localizzate, si dimostra un efficace profilattico (asepsi chirurgica, prevenzione delle infezioni puerperali) e s'impiega anche, con qualche successo, in alcune infezioni generali.

Altri prodotti erano pur essi noti da lungo tempo, quando si è provveduto ad applicarli; così l'etilene è assurto improvvisamente ad un'importanza terapeutica per la narcosi chirurgica.

Il numero dei nuovi rimedi forniti dalla chimica in associazione alla biologia, va divenendo imponente. Ci basti ricordare gli arsenobenzoli e gli antiluetici più recenti, che per lo più ne sono dei derivati, come la triparsamide e la sulfarsfenamina.

Passando ad un altro campo, la chimica ha proceduto all'isolamento di vari prodotti elaborati in misura minimale nel corpo umano e la cui deficienza è causa di noti fenomeni morbosi: tutta una serie di ormoni è stata isolata, o si è ottenuta allo stato di concentrazione: tirossina, epinefrina, estratti pituitari, insulina, ecc. Restano ora da identificare e da isolare i princìpi attivi delle glandole sessuali, i quali permetteranno di ottenere alcuni degli effetti del cosidetto ringiovanimento, senza ricorrere ad innesti.

Va anche progredendo la chimica delle vitamine: J. C. Drummond nel 1926 è quasi giunto all'isolamento della vitamina A (da 10 kg. di olio di fegato di merluzzo ha ottenuto 10-15 g. di sostanza attiva, contenente solo C, H e O; 5 millesimi di mg. al giorno di questo prodotto sono necessari e sufficienti per lo sviluppo normale di un topo). Quanto alla vitamina B, nel 1924 Seidell ottenne dai blastomiceti un picrato cristallino e ne stabilì la formola bruta, che di recente W. H. Eddy ha precisato (è relativamente semplice: $C_5H_{11}O_3N$). La vitamina C è più difficile a maneggiare, perchè viene rapidamente distrutta dall'ossigeno, ma Zilva è riuscito a ottenerla in forte concentrazione (0.15 mg. *pro die* bastano per scimmie o cavie). Nei riguardi della vitamina D o antirachitica, si è fatta la scoperta sensazionale (Stemboch e altri) che essa viene prodotta dall'azione dei raggi ultravioletti sugli steroli di certi grassi e sul colesterolo (jecorizzazione di

György), di modo che non è necessario di estrarla, ciò che per altro, è stato fatto da Zucker e collaboratori.

Dunque le vitamine oggi non sono più sostanze ipotetiche, la cui esistenza era desunta indirettamente dalla fisiopatologia; sono divenute entità chimiche.

In modo analogo, si sta procedendo all'identificazione, concentrazione, purificazione, isolamento delle sostanze immunizzanti, così da poterle fornire all'organismo, eliminando le azioni collaterali di sieri e vaccini. Non è detto che in un avvenire non lontano non si riuscirà addirittura ad ottenerle per via sintetica, come è accaduto, ad esempio, per l'epinefrina (adrenalina)....

La chimica ci fornisce anche delle nozioni di fisiologia e di patologia che proiettano viva luce su molti stati morbosi e che apprestano nuove risorse alla terapia. Ad esempio, le ricerche di J. Howland dimostrano che la deposizione di calcio nei tessuti è in rapporto con la concentrazione idrogenionica (p H) e che questa è condizionata dalla tensione dell'acido carbonico; nelle cartilagini e in altri tessuti poco attivi, la tensione è bassa e la calce non precipita; nei bambini normalmente è di 50-60 mm. Hg.; se cade a 30, v'è sempre rachitismo; fra 30 e 40 di solito v'è rachitismo. Risulta, inoltre, che non è il calcio a difettare nel rachitismo, ma il fosforo, il cui impoverimento trascina con sè quello del calcio; normalmente ve ne sono 5.5-6 mg. per 100 cmc. di siero di sangue; nel rachitismo esso scende a 3.5 o meno; invece il contenuto di calcio può essere normale. Si è accertato, infine, l'intervento di alcuni ormoni (adrenalina) nel regolare la deposizione del calcio e se ne sono tentate applicazioni terapeutiche.

Valgano questi esempi a dimostrare la portata crescente che la chimica viene assumendo nella medicina.

L. VERNEY.

Sulla somministrazione parenterale dei sali calcici.

L. Condorelli (*Arch. di Farmacol. sperim. e Sc. aff.*, 1926, fasc. V e VI), dopo somministrazione di cloruro di calcio per via ipodermica nei conigli, ha osservato il fatto inatteso e apparentemente paradossale, che il contenuto di calcio nel sangue si riduce. Contemporaneamente si abbassa anche l'azoto proteico; perciò l'A. interpreta il fatto ammettendo che si determini idremia, per richiamo di siero dai tessuti.

Questa osservazione vale ad inficiare la ricerche precedenti relative all'influenza che la somministrazione di sali di calcio esercita sulla calcemia: non si è tenuto conto della possibilità dell'idremia, che complica il fenomeno e maschera l'eventuale ritenzione effettiva del calcio nell'organismo.

Il fosfato bicalcico non ha prodotto azioni marcate sulla calcemia.

Dopo somministrazioni endovenose di cloruro calcico, anche in quantità ingentissime, nei conigli e nei cani, il calcio scompariva dal sangue con rapidità impressionante. Il meccanismo di questo fenomeno sfugge; il comportamento correlativo dell'azoto proteico non permette di attribuirlo solo a idremia.

L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia della tubercolosi polmonare. — Al dott. G. G., da T.:

Allo stato attuale della scienza e dopo tutte le delusioni terapeutiche antitubercolari resta ancora la cura igienico-dietetica sanatoriale, l'unica che può dare dei risultati soddisfacenti, associata nei casi indicati alla collassoterapia.

In Italia esistono alcuni Sanatori per non abbienti, ma sono molto pochi e quasi sempre pieni

La retta in essi oscilla oggidì intorno alle L. 30-35 giornaliere.

G. MENDES.

Per la diagnosi di neuro-lue. — All'abb. n. 2137:

In tesi generale può eccezionalmente darsi il caso che la R. W., dimostratasi leggermente positiva all'inizio della infezione, rimanga poi per lungo tempo negativa. Può darsi pure che, in tali condizioni, la R. W. del *liquor* sia invece positiva ed è perciò opportuno, quando si può, di praticarla.

Se, nel caso riferito dall'abbonato, la R. W. del *liquor* dovesse risultare positiva sono consigliabili cure energiche e se gli arsenobenzoli non fossero tollerati nè anche per via endomuscolare, si darà la preferenza ai preparati indisciolti di bismuto.

V. MONTESANO.

Medici coloniali. — All'abb. n. 7066:

I medici coloniali nelle nostre Colonie vengono assunti con contratti temporanei dai Governi di Bengasi o di Tripoli, ai cui Segretariati generali occorre quindi avanzare istanza. C.

Al dott. V. G., Camerlata:

Un ottimo manuale di Infortunistica è quello del CIAMPOLINI: *La traumatologia del Lavoro in rapporto alla legge*, edito dalla Casa Editrice L. Pozzi, Roma.

DR.

All'abb. n. 11675-1:

Bisognerebbe conoscere l'entità precisa del trauma prima di invocare l'azione del simpatico nell'etiologia del varicocele, il quale è affezione assai comune, talora ignorata, e sulla quale l'attenzione può esservi condotta in occasione di un fenomeno qualunque intercorrente.

Numerosissimi sono gli articoli sparsi su molte riviste che parlano dei rapporti tra simpatico e chirurgia.

La chirurgia del simpatico perivasale fu oggetto di relazione del 1924 (*Atti della Soc. Ital. di Chirurgia*) ivi potrà trovare probabilmente svolto l'argomento di cui Ella si interessa.

E. M.

All'abb. B. S., Trapani:

In italiano il *Trattato italiano di Radiologia* edito per cura della Società Italiana di Radiologia (TADDEI, Ferrara). Per lo sviluppo delle ossa. SESSA e ALBERTI, *Atlante radiografico* (Cappelli ed.).

E. M.

VARIA.

Considerazioni di un artista sulla professione medica.

H. Tonks (*Practitioner*, aprile 1926) ritornato nel 1914 a contatto del malato, dopo essersene allontanato per 25 anni per fare il professore di anatomia artistica, è rimasto assai colpito dall'eccessiva confidenza dei giovani negli esami di laboratorio, mentre generalmente non si curano di addestrarsi sufficientemente all'esame clinico dei malato.

Una coscienza e un'abitudine artistica rende assai più facile questo compito, favorendo la memoria visiva di aspetti statici o dinamici dell'uomo normale, e l'osservazione pronta delle deviazioni anche minime dalla norma.

Un artista dovrebbe trovarsi in ogni ospedale, per contribuire alla formazione di quest'abito artistico nei medici, e per fissare i tratti esterni caratteristici delle varie forme morbose meglio della lastra fotografica, che non può far distinzione tra l'accessorio e il principale.

Un artista può rendere interessante e più facile a ricordare l'arida anatomia, e giovare col consiglio e con l'opera alla chirurgia plastica.

DORIA.

La stampa medica è in decadenza?

Innanzi al recente Congresso tedesco di medicina interna, il prof. Friedrich Müller di Monaco denunziava la sovraproduzione di memorie di medicina, molte delle quali di nessun valore e ingombranti; l'incapacità della nuova generazione di medici a redigere memorie in forma chiara, organica, adatte alla pubblicazione; la mancanza di una rigorosa discriminazione da parte delle redazioni nella scelta degli articoli.

Il rischio delle ipotesi.

Il desiderio innato di avere la spiegazione di ogni fenomeno è quello stesso che spinge il selvaggio alle sue semplici speculazioni, e l'uomo di scienza alle sue complesse ipotesi. L'uno e l'altro cercano poi la conferma nell'esperienza. È bensì vero che ogni nuova ipotesi è meglio di una semplice confessione di ignoranza, ma il pericolo è di contentarsi di ogni parvenza di prova, e credere di sapere, arrestando così la ricerca, e riposando in una falsa sapienza più pericolosa di una confessata ignoranza. Per questo motivo gravi errori hanno durato per secoli nella medicina, e le vestigia rimangono ancora in alcune espressioni, come isterismo, melanconia, ipocondria, esaurimento nervoso. Ed è oggi tuttora vivo il pericolo di riposare su ipotesi che ci consentono con poca fatica mentale facili spiegazioni, anzichè tendere l'arco della mente alle ancora ignote cause di fenomeni inesplicabili.

(*Lancet*, 10 aprile 1926).

DORIA.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

GALLI PAOLO. *Il lattante di fronte alla infezione morbillosa.* — Modena, Tip. Imm. Concezione, 1924.

GENTILE NICOLA. *Un nuovo riflesso diagnostico e curativo « il Rifl. Spondilo-splancnico » ai Raggi X.* — Roma, Atti Acc. Pontif. Nuovi Lincei, 1924.

LO PRESTI SEMINERIO. *Pneumotorace terapeutico nel bambino.* — Napoli, Stab. Tip. « La Nuovissima », 1924.

ID. ID. *Contributo allo studio dell'amebiasi in Sicilia.* — Palermo, F. Sanzo, 1924.

W. H. HOFFMANN. *El problema de la lepra bajo los aspectos modernos.* L'Avana, 1926.

W. H. HOFFMANN. *Die Leptospirillosen.* Monaco, 1926.

V. LASAS. *Anafilaksija.* Kaunas, 1926.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LIII. — Poteri dei commissari regi.

Il Commissario regio del Comune di Margherita di Savoia aveva deliberato il collocamento a riposo di un impiegato quando già era scaduto il termine di sei mesi stabilito dall'art. 323 del T. U. della legge comunale e provinciale per la durata dei poteri del Commissario. Tale provvedimento era certamente nullo perchè emanato da chi non ne aveva più il potere. Su ricorso dell'interessato, la G. P. A. in sede giurisdizionale dichiarò nulla la deliberazione e la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 14 maggio 1926, n. 150, ha confermato il giudizio di primo grado soggiungendo che non si può considerare il provvedimento come atto di Commissario prefettizio, mancando, fra altro, della ratifica del Prefetto. Identica è la risoluzione per qualsiasi altra deliberazione.

È da avvertire, a questo proposito, che l'art. 103 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2839, ha aggiunto all'art. 323 una disposizione la quale stabilisce la possibilità della proroga dei poteri del Commissario sino ad un anno, se il Consiglio è sciolto per la seconda volta nel periodo di due anni.

LIV. — Revoca degli atti amministrativi.

Argomento importante, anche dal punto di vista pratico, è quello della revoca degli atti amministrativi.

Esorbiterebbe dai limiti e dalla finalità di questa rubrica la trattazione giuridica di tale argomento. Qui si vuole dare soltanto una indicazione che possa servire di guida pratica agli interessati.

La questione è stata recentemente esaminata dalla IV Sezione del Consiglio di Stato con una pregevole decisione 14 maggio 1926, n. 254. Ne esponiamo sinteticamente le risoluzioni, le quali sembrano a noi sostanzialmente corrette.

È principio fondamentale, ammesso concordemente in dottrina e giurisprudenza, che gli atti amministrativi possono essere sempre revocati, avendo la pubblica amministrazione il potere di riesaminare quando che sia i suoi atti, ispirati a fini di pubblico interesse, salvo che la legge non disponga diversamente o che l'atto amministrativo abbia creato un diritto acquisito a favore dei terzi. Questa ampia facoltà di riesame, essendo fondata su criteri di opportunità, utilità, e diverso apprezzamento dello interesse pubblico, ha per effetto che la revoca conseguenziale opera *ex nunc*, cioè dalla data in cui la revoca è deliberata.

Ma l'amministrazione pubblica ha non soltanto il potere, bensì il dovere di revocare gli atti propri quando li riconosca invalidi, viziati da errori di diritto (si può aggiungere anche da errori di fatto). In tal caso la revoca, equivalendo all'annullamento, opera *ex nunc*, come se l'atto revocato non fosse stato mai emesso; nè in tale ipotesi può parlarsi di violazione di diritti quesiti dai terzi, perchè l'atto illegittimo, illegale, nullo non è idoneo a produrli.

Questa è, in sintesi, la risoluzione del Consiglio di Stato. Bisogna quindi distinguere la prima dalla seconda ipotesi. Il potere di revoca degli atti amministrativi, per diversa valutazione della convenienza e della utilità dell'atto stesso in rapporto al fine pubblico che l'amministrazione si propone di raggiungere, trova un limite nel diritto del terzo, qualora l'atto lo abbia generato. Così, per es., non potrebbe essere revocata una deliberazione di nomina divenuta esecutiva. Qualora l'atto sia revocato in forza del potere suddetto, gli effetti della revoca sono operativi dalla data di essa.

Ma se l'atto è invalido, se cioè è viziato da errori di fatto o di diritto, che ne vulnerino la legittimità, si ammette che l'amministrazione possa revocarlo. In tal caso la revoca equivale all'annullamento, come se l'atto mai fosse esistito, salvi, si intende, i rimedi giuridici contro la revoca da parte degli interessati.

Di regola l'atto amministrativo produce i suoi effetti dalla data in cui la manifestazione di volontà dell'amministrazione è compiutamente manifestata. Eccezionalmente l'atto può avere effetto retroattivo: come nel caso in cui è dalla legge stabilito un limite di età per la cessazione del servizio; ma in tal caso l'effetto deriva dalla legge, non dall'atto amministrativo, il quale non fa che dichiarare uno stato di fatto e di diritto dalla legge prestabilito.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente allo Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Cronaca del movimento professionale.

Lo scioglimento della Federazione degli Ordini dei Medici.

Il dott. Arnaldo Fioretti, Presidente della Federazione degli Ordini dei Medici, ha diramato la seguente circolare:

Ai sigg. Presidenti degli Ordini dei Medici, per conoscenza ai sigg. Segretari delle Corporazioni Sanitarie Provinciali, ai sigg. Segretari dei Sindacati Provinciali Medici Fascisti.

L'art. 35 del regolamento della legge 2 aprile 1926 sui rapporti collettivi di lavoro prescrive:

« Gli Ordini e Collegi di professionisti liberi conservati a termine dell'articolo 2, 2° comma della legge 2 aprile 1926, non possono costituire nè Federazione nè altra organizzazione di grado superiore ».

In base alle disposizioni di questo articolo la Federazione degli Ordini dei Medici deve essere sciolta e pertanto in virtù delle deliberazioni del Congresso federale dell'aprile corr. a., con le quali mi si conferivano pieni poteri per la modificazione dello Statuto e della Costituzione, ho disposto:

1) La Federazione degli Ordini dei Medici è sciolta. Di tale scioglimento ho dato comunicazione a S. E. il Capo del Governo, Ministro delle Corporazioni.

2) Le attività e passività della Federazione degli Ordini dei Medici vengono trasferite in proprietà del Sindacato Nazionale Medico Fascista. Unisco per loro norma il bilancio della Federazione al 31 luglio 1926.

La nuova legge per la Cassa Pensioni dei Sanitari.

Il Ministro Volpi di concerto con il Ministro Federzoni ha presentato alla Presidenza della Camera il testo della nuova legge che riforma il trattamento di quiescenza ai sanitari.

Con questo disegno di legge si assicurano alla Cassa di Previdenza a favore dei sanitari nuove entrate di carattere transitorio e si provvede a miglioramenti immediati di notevole portata; si provvede all'imposizione di un contributo straordinario di L. 600 annue per ogni posto di sanitario soggetto a iscrizione alla Cassa di Previdenza, ripartendone il carico fra enti e sanitari, in ragione di L. 400 per i primi e di L. 200 per i secondi, e lasciandone l'integrale carico all'ente per i posti vacanti e per quelli coperti da sanitari non iscritti; con l'impegno tassativamente espresso che il contributo nuovo sarà ridotto secondo le risultanze del bilancio tecnico. Si stabilisce poi l'abolizione della riduzione del 40 per cento sulle quote di pensioni riflettenti servizi resi anteriormente al 1° gennaio 1926, del limite minimo delle pensioni dirette a L. 1500, e del limite massimo delle pensioni stesse da L. 12.000 a 25.000. Si provvede inoltre all'aumento da Lire 2000 a L. 5000 del limite minimo delle pensioni privilegiate, sia dirette che indirette.

Col disegno di legge tutte le pensioni liquidate e da liquidarsi ai sanitari iscritti e alle famiglie dei sanitari iscritti, cessati dal servizio anteriormente al 1° gennaio 1923, vengono migliorate con aumenti percentuali applicabili a quote graduali degli assegni, con un minimo di L. 1000 per le pensioni dirette, e di L. 500 per le pensioni indirette; inoltre si provvede a dare facoltà ai sanitari di iscriversi alla Cassa durante i servizi interinali e provvisori.

Il disegno di legge sarà discusso nelle prime tornate del Parlamento.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARCEVIA (*Ancona*). — Scad. 10 sett.; 2 condotte; L. 9000 (urbana) e L. 8500 (suburbana), oltre L. 1500 c.-v. e compenso supplementare per i poveri in soprannumero; tassa L. 50.

BARI. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Barletta; al 30 sett., ore 18; ab. 51,387; L. 15,000 e 2 quadrienni di L. 1000; divieto libero eserc. profess. tranne consulenze; obbligo eventuali funzioni med. di porto e circondariali. Titoli ed esami (prove scritte ed orali ed esercizi pratici). Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesoreria comun. Certific. a 3 mesi dal 5 ag. Chiedere annunzio.

BRUGNATO (*Spezia*). — A tutto 30 sett.; tassa L. 50.10; stip. L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 1200 c.-v.; serv. entro 20 gg.

CAPACI (*Palermo*). — Scad. 10 sett.; L. 9500 e 5 quinquenni.

CASALUCE (*Caserta*). — L. 7000 e 5 quadr. dec. oltre L. 500 uff. san. Età lim. 40 a. Scad. ore 12 del 15 sett. Ab. 3500.

CHIOGGIA (*Venezia*). — Entro il 15 sett., condotta rurale di S. Anna e Cavanella. V. fasc. 35.

COSSIGNANO (*Ascoli Piceno*). — Al 30 sett. ore 18; ab. 2090; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea e L. 1000 indenn. forese, L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Età lim. 35 a.

FIUME. *R. Prefettura della Provincia del Carnaro*. — Ufficiale sanit. del Capoluogo. Scad. 30 sett., ore 12. Vedi fasc. 35.

FIUME. *Comune*. — Aiuto all'ufficiale sanitario e quattro medici condotti. A tutto 21 settembre. Vedi fasc. 35.

FOSSALTA DI PIAVE (*Venezia*). — Scad. 15 sett.; L. 8500 e 5 decimi in 20 anni, oltre L. 500 uff. san., L. 2000 trasp., doppio c.-v.; tassa L. 50.10.

IDRIA (*Udine*). — Consor. 7 comuni; scad. 15 sett.; L. 9000 oltre L. 500 serv. att.; L. 3000 obbl. mezzo trasp.

LUCCA. — Medico scolastico; L. 11,000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 3000 serv. attivo, L. 1000 indenn. trasf.; c.-v. Età mass. 35 a. Titoli ed esami. Scad. 11 sett. Rivolgersi al Comune.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONTECORSARO (*Macerata*). — Scad. 14 sett; L. 8000 e 3 quadr dec., oltre L. 800 uff. san., doppio c.-v., trasporto; età lim. 27-39 a.; tassa L. 50.10.

PALAZZAGO (*Bergamo*). -- Al 15 ott.; ab. 2670; iscritti c. 250; Km. 20 di cui 10 in piano, 6 in collina, 4 in monte; L. 8000 oltre L. 2 per ogni iscritto, L. 1000 trasp., L. 500 uff. san., L. 300 ambulat., 1 c.-v. Tassa L. 50.10. Serv. entro 15 gg. Docum. a 3 mesi. Chiedere annunzio.

PONTECAGNANO FAIANO (*Salerno*). — L. 6500 e 4 quadrienni. Scad. 30 sett.

PRESENZANO (*Caserta*). — Scad. 15 sett.; L. 8000. Rivolgersi al Podestà.

QUILIANO (*Genova*). — Scad. 21 sett.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; p. uff. san. L. 800; p. bicicl. L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; L. 12,000 e 5 quadrienni dec., c.-v., indenn. ispezioni; divieto di libero eserc. profess. Tassa L. 50.20 alla R. Prefett. (Div. IV). Certific. a 3 mesi dal 28 ag. Età lim. 45 a. Titoli ed esami.

S. ZENO DEGLI EZZELINI (*Treviso*). — A 30 gg. dal 10 ag.; L. 8000 per 1000 iscritti, addizion. L. 5, per cavallo L. 3500, per uff. san. L. 600, c.-v.; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15; due anni in osped. o cond. Chiedere annunzio.

SASSARI. *R. Università.* — Professore non stabile di Clinica ostetrica. Domanda al Ministero della P. I. in carta boll. da L. 3 entro il 30 sett. Tassa di L. 100. Notizie sulla attività scientifica e carriera didattica in 10 esemplari.

SUTRI (*Roma*). — Proroga al 30 sett., ore 12; per 1000 pov. L. 10,500, oltre L. 400 uff. san., c.-v. Età lim. 40 a. Docum. a 6 mesi dal 17 ag. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

TICENGO (*Cremona*). — Con Cimignano sul Naviglio; scad. 29 sett.; L. 11,500 fino a 1000 pov., indennità capitaria L. 2; mezzo trasp. L. 1500; uff. san. L. 500; c.-v.

TOLFA (*Roma*). — Scad. 15 sett.; L. 9500 per 1000 pov.; quota supplementare per le eccedenze; 5 quadrienni dec.; c.-v.; L. 2500 per servizio ospedaliero. Tassa L. 50.15.

TREVIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 22 sett. Vedi fasc. 32.

VICO DEL GARGANO (*Foggia*). — A tutto 25 sett.; L. 9000 e 5 quadrienni dec; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

VIGOLO (*Bergamo*). — Consor. con Parzaniga; al 21 sett.; ab. 2000; iscritti 400; L. 10,000, oltre L. 500 uff. san., c.-v., L. 1500 trasp.; appartam. gratuito in casa civile, con orto.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). — Proroga al 15 sett.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Al 21 sett. ore 18; 1ª condotta e direz. Ospedale Civico; poveri c. 500; L. 8000 e 5 quadr. di L. 1000, oltre L. 1200 Ospedale, L. 2367.60 lorde c.-v., L. 2500 trasporto; età lim. 40 a.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Scad. 15 ott.; L. 12,000 e 5 quadr. dec.; per uff. san. L. 600; alloggio gratuito; età lim. 24-40 a. Computo servizi prestati in altri Comuni.

Avvertenza. — Quando non è indicato altrimenti i concorsi si riferiscono a condotte mediche.

CONCORSI A PREMI.

Premio Battista Grassi.

Con R. Decreto 6 maggio 1926, n. 841, viene eretta in Ente morale la Fondazione « Premio Battista Grassi » presso la Reale Accademia dei Lincei (*Gazz. Uff.* del 27 mag. 1926, n. 122; *Boll. Uff. Ministero P. I.* I, 8 giugno 1926, n. 23).

Il premio è istituito con la somma di L. 126.000 raccolta per onorare l'illustre scienziato ed è destinato a promuovere gli studi nel campo della parassitologia.

Possono concorrervi tutti gli studiosi italiani ed è annualmente conferito dall'Accademia dei Lincei, su proposta di una Commissione di tre soci delle Classi di Scienze fisiche, matematiche e naturali.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Commissioni di Libere Docenze per il biennio 1926-28.

(I primi tre nomi sono gli effettivi, gli ultimi due i supplenti).

Anatomia umana normale: Chiarugi Giulio, Firenze; Levi Giuseppe, Torino; Favaro Giuseppe, Bari; Sala Luigi, Pavia; Terni Tullio, Padova.

Anatomia e Istologia patologica: Monti Achille, Pavia; Cagnetto Giovanni, Padova; De Vecchi Bindo, Firenze; Pepere Alberto, Milano; Soli Ugo, Palermo.

Batteriologia e Immunologia: (Commissione già esistente di Batteriologia).

Chimica fisiologica: (Commissione già esistente di Chimica biologica).

Clinica chirurgica - Clinica chirurgica e Medicina operatoria: Burci Enrico, Firenze; Muscatello Giuseppe, Catania; Tansini Igino, Pavia; D'Agata Giuseppe, Messina; Bolognesi Giuseppe, Siena.

Clinica delle Malattie nervose: Fragnito Onofrio, Catania; D'Abundo Giuseppe, Napoli; Donaggio Arturo, Modena; Fumarola Gioacchino, Roma; Sala Guido, Pavia.

Clinica delle Malattie delle vie urinarie: Fasiani Gian Mario, Padova; Ferria Luigi, Torino; Bruni Carmelo, Napoli; Pavone Michele senior, Palermo; Gardini Ulisse, Bologna.

Clinica dermosifilopatica: Mantegazza Umberto, Pavia; Stanziale Rodolfo, Napoli; Bizzozzero Enzo, Torino; Truffi Mario, Padova; Mariani Giuseppe, Bari.

Clinica medica e semeiotica: Viola Giacinto, Bologna; Zagari Giuseppe, Napoli; Ferrata Adolfo, Pavia; Patella Vincenzo, Siena; Galdi Francesco, Bari.

Clinica oculistica: Gallenga Camillo, Parma; Ovio Giuseppe, Genova; Guglianetti Luigi, Cagliari; Contino Antonino, Bari; Denti Francesco, Milano.

Clinica ostetrico-ginecologica: Guzzoni degli Ancarani Arturo, Modena; Cappellani Salvatore, Messina; Gaifami Paolo, Bari; Gentili Attilio, Pisa; Decio Cesare, Siena.

Clinica oto-rino-laringoiatrica: Bilancioni Guglielmo, Pisa; Brunetti Federico, Padova; Cavallo Giuseppe, Torino; De Carli Deodato, Roma; Fratti Enrico, Pavia.

Clinica pediatrica: Comba Carlo, Firenze; Longo Antonino, Catania; Pincherle Maurizio, Siena; Fiore Gennaro, Pisa; Maggiore Salvatore, Bari.

Clinica psichiatrica: Tanzi Eugenio, Firenze; De Sanctis Sante, Roma; Cerletti Ugo, Bari; Pelizzi G. B., Pisa; Boschi Gaetano, Padova.

Farmacologia e Tossicologia: Marfori Pio, Napoli; Bonanni Attilio, Roma; Simon Italo, Pavia; Valenti Adriano, Milano; Vinci Gaetano, Messina.

Patologia generale: Trambusti Arnaldo, Genova; Salvioli Ignazio, Padova; Rondoni Piero, Milano; Perroncito Aldo, Pavia; Marrassini Alberto, Bari.

Patologia speciale chirurgica - Patologia speciale chirurgica dimostrativa: Roncali Demetrio, Napoli; Fiori Paolo, Modena; Uffreduzzi Ottorino, Torino; Bolognesi Giuseppe, Siena; Razzaboni Giovanni, Parma.

Patologia speciale medica - Patologia speciale medica dimostrativa: Lucatello Luigi, Padova; Frugoni Cesare, Firenze; D'Amato Luigi, Napoli; Cesa Bianchi Domenico, Milano; La Franca Sebastiano, Palermo.

Radiologia medica: Sgobbo Francesco Paolo, Napoli; Ponzio Mario, Torino; La Rosa Michele, Palermo; Palmieri Giuseppe, Bologna; Siciliano Luigi, Firenze.

Terapia fisica: Cantone Michele, Napoli; Balli Ruggero, Pavia; Bortolotti Mario, Torino; Serena Mario, Roma; Vinaj Andrea, Milano.

Il prof. dott. Giovanni Piantoni, che da vari anni si occupa della chirurgia dei bambini, è stato recentemente nominato chirurgo capo della Casa di Cura Jolanda di Savoia in Santa Marinella, dipendente dall'Ospedale del Bambin Gesù di Roma, destinata al trattamento della tubercolosi chirurgica dell'infanzia e delle deformità rachitiche.

NOTIZIE DIVERSE.

Organizzazione d'Igiene della Società delle Nazioni.

Il Consiglio della Società delle Nazioni ha preso conoscenza, nella sua seduta del 7 giugno, della relazione del visconte Ishii sui lavori della sesta sessione del Comitato d'Igiene, approvando le risoluzioni adottate da questo Comitato.

Il visconte Ishii ha richiamato l'attenzione del Consiglio sullo sviluppo dell'attività della Organizzazione d'Igiene nell'Estremo Oriente e specialmente sulla creazione dell'Ufficio di informazioni epidemiologiche di Singapore e il collegamento col Giappone; sull'importanza sempre crescente del servizio di informazioni epidemiologiche e del sistema di scambio del personale sanitario; sull'opera della Commissione incaricata di studiare in Africa la malattia del sonno e sui lavori di diverse Commissioni del Comitato di Igiene.

Congresso internazionale di sessuologia.

Come abbiamo annunziato, studiosi autorevoli nel campo dei problemi sessuali s'incontreranno nell'ottobre di quest'anno a Berlino. Sono annunziati discorsi intorno a: razze e nazionalità, ereditarietà, ringiovanimento, psicologia dei sessi e delle età, consultazioni prenuziali, selezione coniugale, impedimenti al matrimonio, questioni d'illegittimità, sessualità nella religione e nell'arte, delitti sessuali, eugenica, diminuzione delle nascite ecc. Parleranno E. Steinach di Vienna, B. Harry di Nuova York, e Marinesco di Bucarest sulla senescenza e il ringiovanimento; N. Rojas e E. Gomez (Buenos Aires), W. Bechterew (Leningrado), Zanadowsky (Londra), N. Haire (Westermark), Slotopolsky (Zurigo), Carlotta Bühler, A. Adler e Gleispach (Vienna), A. Mieli, G. Mingazzini e S. Baglioni (Roma), Almkvist e Bjerre (Stoccolma); R. Michels (Basilea-Torino), O. Riddle (Washington), K. Sand (Copenhagen), Szterenyi (Budapest), Champy (Parigi), Bouin (Strasburgo), F. A. E. Crew (Edinburgo), Lagerborg (Elsingfors) presenteranno i frutti del proprio lavoro. Pregasi di dirigere tutte le domande al dott. Albert Moll, Kurfürstendamm 45, Berlino W 15.

Congresso delle stazioni di cura.

La Confederazione nazionale fascista degli Enti autarchici — Sezione Comuni di cura — partecipa che per ragioni di opportunità, il Congresso nazionale dei Comuni di cura, già fissato per il 12 settembre ad Alassio, avrà invece luogo a Montecatini il giorno 18 di settembre.

Il Ministro delle Comunicazioni ha concesso per la circostanza specialissime agevolazioni ferroviarie. I Comuni stazioni di cura potranno inviare sino da ora la loro adesione alle Federazioni provinciali degli Enti autarchici.

Congresso Internazionale di Washington contro la tubercolosi.

La Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi comunica che della delegazione italiana è stato designato a far parte anche il prof. Carlo Benedetti, direttore del Servizio Antitubercolare a Roma.

La Società anatomica di Parigi.

Ha deciso di celebrare il suo centenario con una riunione solenne che si terrà il 16 dicembre, nell'anfiteatro anatomico della Facoltà di Medicina. La ricorrenza è stata scelta in modo che coincidesse con le feste pel centenario di Laënnec (13-15 dicembre). È stato posto all'ordine del giorno di questa riunione il tema: « Concezioni anatomiche attuali della tubercolosi polmonare », relatori Letulle di Parigi e Meyenbourg di Zurigo; seguiranno comunicazioni relative al tema stesso. Segretario della Società è il dott. Leroux, rue de l'École de Médecine 11, Parigi.

Corso di specializzazione in medicina coloniale.

Nel prossimo novembre si inizierà presso la Scuola di Patologia di Bologna un corso per il diploma di specialista in medicina coloniale per i laureati in medicina e chirurgia.

Il programma comprende l'insegnamento della clinica delle malattie coloniali, dell'igiene coloniale, della protozoologia, elmintologia, entomologia, batteriologia e della sierologia.

Alle lezioni teoriche si alterneranno degli esercizi pratici e dimostrativi essendo la Scuola fornita di abbondante materiale scientifico e di laboratorio.

La Scuola resta aperta tutto l'anno.

Le tasse in totale (tassa d'inscrizione, di laboratorio, di diploma, ecc.) ammontano a L. 2075 metà circa pagabili all'atto dell'iscrizione.

Per schiarimenti rivolgersi alla direzione della Scuola in Bologna, Ospedale Sant'Orsola.

Le condotte mediche di Roma.

Sono state portate alcune modificazioni nel numero e nella circoscrizione delle condotte mediche di Roma. D'ora innanzi le condotte urbane saranno in numero di 17, le urbane-suburbane di 6, le suburbane di 8 e quelle dell'Agro Romano di 25.

Si è inoltre stabilito di esigere che ogni medico condotto abbia il domicilio entro la zona della rispettiva condotta e che al portone dell'abitazione sia apposta una targa indicativa, nonchè un campanello di chiamata. A facilitare la reperibilità degli alloggi l'Amministrazione governatoriale farà appello agli Istituti edilizi ed ove si rendesse necessario si varrà delle apposite disposizioni di legge — tra cui la legge 30 dic. 1923 — che consentono l'occupazione di proprietà private per esercizi sanitari. L'opera di assistenza medica al domicilio dei pazienti verrà resa più continuativa e completata per mezzo delle assistenti rionali, che esercitano anche funzione di propaganda sociale.

L'Istituto di Santa Corona.

È stata pubblicata la relazione sul primo anno di attività del grandioso Ospedale Marino di Pietraligure, fondato dall'Istituto di Santa Corona di Milano.

Si tratta di un insieme di edifizi, che costituiscono un vero villaggio: esempio unico in Italia, e forse nel mondo.

Essi sono destinati alla elioterapia, chirurgia, ortopedia e profilassi delle malattie organiche e costituzionali dell'infanzia e dell'adolescenza, con speciale riguardo alla tubercolosi. Il movimento di ammalati nel corso dell'anno ha raggiunto la cospicua cifra di 3795, con una media complessiva di 50 giorni di presenza ciascuno (per 2954 profilattici estivi la media è stata di 29 giorni; per 374 profilattici permanenti di 107; per 467 elioterapici chirurgici di 138). Bastano questi dati di dare un'idea dell'importanza assunta dalla istituzione della benefica Milano.

Al Sanatorio Militare di Anzio.

Il 28 agosto il capo del Governo ha inaugurato la Veranda aeroterapica del Sanatorio militare di Anzio, la quale sorge nella pineta annessa al Sanatorio ed è stata costruita in otto mesi di lavoro dagli stessi ricoverati e dai militari addetti al servizio.

L'on. Mussolini era accompagnato dal gen. Calligaris, direttore generale della Sanità Militare, e da Italo Foschi, segretario federale dell'Urbe; fu ricevuto dal direttore del Sanatorio cap. Bocchetti e da varie autorità e invitati. Il dott. Bocchetti pronunziò un breve discorso d'occasione; la veranda fu benedetta dal cappellano del Sanatorio padre Cherubino. Eseguivano la cura solare un centinaio di malati.

All'Ospedale Pasteur di Parigi.

È stato solennemente inaugurato un busto alla signora Jules Lebaudy, alla cui illuminata munificenza si deve la fondazione del magnifico ospedale.

Il prof. Louis Martin, direttore dell'Istituto, ricordò le diverse tappe per le quali questo è passato, rilevando che in 26 anni vi sono stati curati quasi 30,000 pazienti. La contessa de Fels, figlia della Lebaudy, ringraziò gl'intervenuti e particolarmente il personale che presta la sua opera nell'Ospedale.

Il prof. R. Bastianelli.

Il prof. Raffaele Bastianelli, primario chirurgo degli Ospedali di Roma e vice-presidente della Lega italiana per la lotta contro il cancro, si reca a New York onde partecipare all'*International cancer symposium* stabilito dalla Società americana per il controllo del cancro.

Il prof. Bastianelli è delegato della Presidenza della Lega italiana contro il cancro a rappresentarla a quel convegno e a riferire sull'attività finora spiegata in Italia per la lotta contro questo flagello umano.

« Internacia Medicina Revuo ».

Questo periodico in esperanto si pubblica con regolarità e conta numerosi corrispondenti e collaboratori; ha promosso inchieste internazionali su temi svariati: di recente sulla situazione economica dei medici nei diversi paesi, sull'aborto e i metodi anticoncezionali, ecc. Ha contribuito a far conoscere largamente l'appello del dott. Delcourt, a favore di un'Unione internazionale dei medici pratici.

Redattore-capo ne è il prof. Vanoerts di Liegi.

Numeri di saggio possono ottenersi rivolgendosi al dott. Briquet, rue de la Bassée 31, Lille (Francia), oppure al dott. Kempeneers, rue aux Laines 20, Bruxelles (Belgio).

Le donne universitarie a congresso.

Si è tenuto ad Amsterdam il IV Congresso della Federazione Internazionale delle donne universitarie.

Un monumento a miss Cavell.

Il 7 agosto nella corte d'onore dell'Ospedale Civile di Belfort venne inaugurata una statua di miss Edith Cavell, l'infermiera inglese fucilata dai tedeschi durante l'ottobre del 1915 nel Belgio invaso perchè accusata di aver favorito la fuga di soldati francesi prigionieri affidati alle sue cure pietose. Allo scoprimento della statua, opera dello scultore Ippolito Lefèbre, assistevano oltre alle autorità di Belfort alcune personalità inglesi colà recatesi per partecipare alla mesta cerimonia.

Regolamentazione dell'esportazione dell'oppio dall'India.

Il Governo dell'India, con la cooperazione del segretario di Stato per l'India lord Biskenhead, ha deciso di fissare in dieci anni il periodo entro il quale cesserà l'esportazione dell'oppio, eccettuando quello destinato a scopi puramente medici. La riduzione sarà progressiva, del 10 % ogni anno.

Il Governo inglese sottometterà al Parlamento un progetto di legge per attuare questo piano.

Durante il detto periodo decennale la vendita verrebbe fatta direttamente ai Governi importatori.

Il mercato pubblico dell'oppio che si teneva a Calcutta è stato soppresso fin dal 17 aprile scorso.

Ci giunge notizia che l'avv. Giovanni Selvaggi ha perduto a Vizzini l'amatissima sorella Maria Selvaggi in Guzzardi.

All'illustre amico e compagno di lavoro esprimiamo il nostro profondo cordoglio.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

Riportiamo l'INDICE SISTEMATICO del recentissimo volume da noi edito:

MANUALE DI OCULISTICA ad uso dei medici pratici e degli studenti

del prof. **G. De Vincentiis**, con prefazione del prof. **Arnaldo Angelucci**, della R. Università di Napoli.

PARTE IV. - Globo oculare e vie ottiche.

CAP. XI. — Sclera.

CAP. XII. — Cornea.

CAP. XIII. — Uvea.

CAP. XIV. — Oftalmite simpatica - Enucleazione - Protesi oculare.

CAP. XV. — Glaucoma - Ipotonia del globo.

CAP. XVI. — Cristallino.

CAP. XVII. — Corpo vitreo.

CAP. XVIII — Retina.

CAP. XIX. — Nervo ottico e vie ottiche.

CAP. XX. — Ambliopie ed amaurosi.

APPENDICE.

ANNO XXXIII — Roma, 13 Settembre 1926 — Fasc. 37

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

UFFICIO D'IGIENE DEL GOVERNATORATO DI ROMA.

Le recidive della scarlattina, l'eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante e la loro patogenesi.

Prof. G. PECORI, direttore incaricato.

Si trovano riportate nella letteratura parecchie osservazioni di persone che avrebbero sofferto la scarlattina due, tre, dieci ed anche più volte. Non tutti gli autori, però, sono disposti a dar credito a queste osservazioni; anzi la maggior parte ritiene che colui il quale abbia superato un attacco di scarlattina acquisti una immunità definitiva verso questa infezione. Tutto al più si ammette la possibilità di *una* recidiva, ma come fatto quasi eccezionale: la descrizione di un numero più grande di recidive viene dalla maggioranza considerato come un errore di diagnosi (1).

Così Thomas, che è tra gli autori più antichi che si siano dettagliatamente occupati delle recidive della scarlattina, pur notando di essere a conoscenza, per la letteratura, di duecento casi di persone colpite due volte dalla scarlattina ed anche di alcuni colpiti tre, quattro, sette e persino diciassette volte, con sintomi caratteristici, dice di non poter ammettere una diagnosi esatta in tutti i casi riportati. E poichè Trojanowsky aveva in precedenza affermato l'esistenza in Livonia di recidive nel 6 % dei casi, Thomas pensa che la scarlattina della Livonia debba essere considerata come una forma speciale. Thomas inoltre non am-

(1) Giova sin da ora chiarire che gli autori italiani, francesi, inglesi intendono per recidiva (e a questo concetto intendiamo riportarci) il ripresentarsi della sindrome scarlattinosa a distanza di mesi o anche di anni dal primo attacco, ovvero dagli attacchi precedenti. Ciò che corrisponde alla *zweimalige Erkrankung* dei tedeschi.

I tedeschi chiamano invece *Recidiv* le nostre ricadute, cioè una nuova comparsa della sindrome scarlattinosa durante la convalescenza del primo attacco ed intendono per pseudo-recidive (secondo noi pseudo-ricadute) una riaccensione dell'esantema, con o senza altre manifestazioni, nel periodo febbrile di una scarlattina.

mette come vere recidive che quei casi nei quali i sintomi caratteristici della scarlattina riappariscono tutti (1). Della stessa opinione è anche Jeanselme il quale ha riunito i casi di recidive di scarlattina sino al 1892.

Sembra necessario pertanto, prima di procedere oltre, intendersi sulla necessità o meno della presenza di un quadro sintomatico completo per ammettere o negare il verificarsi di una o più recidive. E ciò tanto più in quanto alcuni sostengono anche che non si possa parlare di recidive nella scarlattina se non quando si sia avuto, non soltanto negli attacchi successivi al primo, ma nel primo attacco medesimo, la presenza di questo quadro completo.

Che la scarlattina si possa estrinsecare, in un soggetto che non ne sia stato mai colpito, con una sintomatologia incompleta è cosa che non ci sembra possa essere messa in dubbio, per lo meno dal punto di vista epidemiologico, facendo astrazione, per ora, da qualsiasi considerazione patogenetica. Anzi, secono il concetto dai più accettato sulla natura di questa infezione, quando in una famiglia (contemporaneamente o con intervallo di pochi giorni) si vedono ammalare due o più dei suoi componenti, uno con scarlattina tipica e gli altri con febbre ed angina senza esantema o esantema fugace, ovvero con pochissima febbre e lievi fatti faringei, si è indotti a fare, necessariamente per tutti, la diagnosi di scarlattina.

Ora, ammessa la possibilità di avere una scarlattina frusta in un primo attacco, ammessa secondo i più la specificità di questa infezione, non si saprebbe per quale ragione negare la stessa possibilità nella evenienza di recidive. Sarà possibile spiegare poi (vedi appresso), perchè in alcuni casi il secondo attacco possa essere più grave del primo.

Contro coloro che sostengono l'acquisizione di una immunità assoluta per la scarlattina, dopo un primo attacco, si leva lo Szontagh. Questi si ritiene autorizzato a dichiarare esplicitamente, dopo aver studiato per trent'anni il problema della scarlattina, che l'aver superato una volta tale malattia, non dà affatto l'immunità, e che è « arbitrario e falso sostenere il contrario ». Ma lo Szontagh nega addirittura la specificità della scarlattina, appoggiandosi a fatti che, pur avendo per sè indiscutibilmente valore, debbono peraltro essere diversamente interpretati.

Il riferire, e più ancora il discutere, le idee di questo Autore porterebbe fuori dell'argomento che noi vogliamo trattare. Si può dire soltanto che, secondo lo Szontagh, la scarlattina è dovuta alla speciale reazione di individui predisposti verso cocchi ubiquitari, ma è impossibile differenziare un'angina streptococcica da un'angina scarlattinosa ed un esantema settico da uno scarso esantema scarlattinoso. Sempre secondo questo Autore, se la scarlattina fosse una vera malattia infettiva, non si comprenderebbe perchè soltanto pochi ammalino di essa, mentre da una malattia infettiva vera, come il morbillo e il vaiuolo, solo pochi di coloro che si espongono al contagio sono risparmiati. Ma anche di questi fatti si potrà dare in appresso l'interpretazione.

Il Boschi, che ha con diligenza raccolte le osservazioni di recidive di scarlattine pubblicate dal 1900 al 1921 (38 casi, secondo l'A.), pure ammettendo — eccezionalmente — la possibilità di una recidiva, esclude l'esistenza di recidive multiple, affermando che non già alla scarlattina, ma all'eritema scarlattiniforme recidivante « sono certo da ascriversi i casi descritti di scarlattina ripetutasi sei, sette volte e anche più ». Anzi il Boschi aggiunge di non essersi occupato nel suo lavoro dei casi di recidive di scarlattina pubblicati anteriormente al 1900, non solo perchè essi sono già riportati in altre pubblicazioni (Körner, Jeanselme, Trojanowsky) ma perchè è soltanto dal principio del nostro secolo che sono stati individuati, oltre la così detta *quarta malattia*, anche l'*eritema scarlattiniforme recidivante*.

Egualmente, e in precedenza, l'Jacobson, pure ammettendo essere « possibile che molte recidive siano passate inosservate, nei casi nei quali la prima o la *seconda* scarlattina siano state fruste », aveva ritenuto che si dovessero riportare ad eritemi scarlattiniformi desquamativi recidivanti i casi di scarlattina verificatisi sullo stesso individuo undici volte (Steffen citato da Fischl) o ventiquattro volte (Balser e Langdau) (1).

A me pare che l'affermare, *sic et sempliciter*, che tutti i casi pubblicati di recidive multiple di scarlattina siano da attribuirsi ad errore di diagnosi, sia un po' troppo. Per lo meno, essi meritano qualche discussione dalla quale potrebb derivare anche una diversa interpretazione dei fatti osservati. Ciò che appunto costituisce lo scopo di questa nota.

*
* *

Innanzi tutto si deve rilevare come non sia del tutto esatto affermare che soltanto dal principio

(1) Si deve notare che nelle diciotto recidive vedute da TROJANOWSKY, su trecento scarlattinosi, era stato osservato sempre il quadro tipico della scarlattina.

(1) Ma FISCHL, nel citare il caso di STEFFEN, dichiara di poter confermare « per esperienza personale » (che si deve ritenere autorevole) la possibilità di avere nella scarlattina due o anche più recidive!

di questo secolo sia stato individuato l'eritema scarlattiniforme recidivante.

Un primo accenno di questa forma morbosa acuta, *pseudo-esantematica*, si ritrova, invero, già in una tesi (1875) di Percheron, allievo di Vidal; ma è nell'anno successivo (1876), in seguito alla discussione avvenuta in seno alla Società medica degli Ospedali di Parigi, sopra un malato presentato da Féréol (un giovane colpito già otto volte da attacchi febbrili, con eruzione scarlattiniforme, seguita da desquamazione lamellosa abbondante), che si dà alla malattia la denominazione di eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante, separandola dalle altre forme di dermatiti esfoliative. Brocq, in una pregevole monografia del 1884, ne precisa più esattamente il quadro clinico.

È vero peraltro che nelle pubblicazioni posteriori non sempre si ritrova quella chiarezza che è necessaria per l'esatta individualizzazione di una forma clinica. Oltre il confusionismo tra dermatologi di paesi diversi, si nota che tra gli stessi autori francesi l'accordo non è completo. L'eritema scarlattiniforme di Hardy non è la stessa cosa di quello descritto da Besnier e da Brocq; Hardy anzi scrive che a torto Brocq considera la varietà grave di questo eritema sotto la denominazione di dermatite esfoliativa generalizzata. Viceversa altri parlano, oltre che dell'eritema scarlattiniforme, anche di eritemi scarlattinoidi, secondari a malattie infettive o da intossicazioni, senza che la diagnosi differenziale tra le due forme sia sempre evidente.

Comunque, sopratutto per le pubblicazioni di Brocq, già da prima della fine del secolo scorso, l'eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante deve ritenersi, *clinicamente*, bene individualizzato. Ma sulla etiologia e patogenesi le nostre conoscenze non vanno al di là di quelle tramandateci dalla prima pubblicazione di Brocq, il quale, d'accordo con Besnier, pensa che, *nei soggetti predisposti* « una condizione individuale particolare, una intolleranza, non già per una causa o per un agente unico, ma per una serie assai varia di cause e di agenti morbosi diversi (medicamenti — sopratutto il mercurio —, alimenti nocivi, tossina microbica o tossina d'origine gastro intestinale, renale, irritazione locale dei tegumenti da una sostanza non tollerata, ecc.) possa provocare una *poussée* ».

Nessun altro ci dice di più, di guisa che ancora oggi questa forma morbosa continua a far parte di quel gruppo nosologico, vasto ed eterogeneo, delle dermatiti esfoliative generalizzate, sul quale regna tuttora non poca confusione.

Per ciò che si riferisce alla differenziazione *clinica* dell'eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante con la scarlattina, non pochi autori, sin dalle prime pubblicazioni, rilevano le difficoltà diagnostiche in molti casi. I caratteri ritenuti dal Besnier fondamentali non sono sempre netti. Anzi alcuni Autori (Kramsztyk) giungono a dichiarare che non si hanno segni differenziali assoluti per distinguere in *un primo attacco* le due forme morbose e che soltanto la frequenza delle recidive nella prima e la rarità eccezionale nella seconda conducono alla diagnosi.

In realtà, quando l'anamnesi non soccorra e ci sfugga il momento etiogenico, si può restare assai dubbiosi dinanzi ad un malato che si presenti per la prima volta alla nostra osservazione con eritema scarlattiniforme e febbre. Ma, secondo me, la questione deve essere considerata oggi, alla luce delle moderne conoscenze, sotto un aspetto diverso da quello sotto il quale fu sin qui esaminata.

A tale modo di vedere mi ha indotto lo studio del caso che qui brevemente viene riassunto.

S. Emilio, di anni 20, studente, di condizione agiata. Genitori sani. Nessuna malattia degna di nota nei primi dieci anni.

1) Nel 1916, cioè all'età di undici anni soffrì di una malattia esantematica che, a dire dei genitori, assai intelligenti e colti, fu definita per scarlattina tipica, a forma grave. Essa fu complicata da nefrite con reperto urinario per un tempo assai lungo e da elevazioni di temperatura che si mantennero per parecchie settimane. La malattia durò complessivamente quattro mesi. La famiglia ricorda, a comprovare la natura scarlattinosa vera della malattia, che poco dopo l'inizio di questa nel ragazzo, si contagiò una giovane domestica, con un quadro anche in essa di tipica scarlattina.

L'anno seguente (1917) il ragazzo fu colpito da varicella. In seguito fu sottoposto a cura arsenicale, per consiglio del medico. Dopo breve tempo dall'inizio della cura ebbe a manifestarsi in lui un eritema diffuso accompagnato da fortissimo prurito. Tutto però durò soltanto poche ore. Nel dubbio che il disturbo dipendesse dall'arsenico, la cura fu sospesa.

2) Nell'anno successivo (1918), in pieno benessere, il ragazzo fu colpito da febbre, forte male alla gola, epistassi (che aveva avuto anche nell'attacco del 1916), eruzione diffusa a tipo scarlattinoso, la quale scomparve dopo diversi giorni, dando luogo a desquamazione a tipo lamellare, più abbondante e a falde più larghe specialmente sugli arti. Nessun risentimento renale. La malattia fu diagnosticata per « *eritema* »; però un cugino del malato, sedicenne, coabitante, evidentemente da lui contagiato, si ammalò dopo pochi giorni dall'inizio della malattia stessa con una forma definita per scarlattina lieve, ma tipica.

3) Nell'inverno del 1921, subito dopo una gita in montagna, nuovo attacco febbrile, epistassi, dolor di gola, eruzione scarlattiniforme, che durò per cinque-sei giorni, scomparsa la quale si ebbe desquamazione abbondante, con i caratteri della precedente.

4) Nel gennaio del 1924 (circa a 19 anni) si ripetè la stessa forma morbosa, con febbre, dolor di gola, ecc. L'esantema che riproduceva ugualmente i medesimi caratteri dei precedenti, fu accompagnato da prurito, che però il malato attribuì a pomfi di orticaria comparsi in piena eruzione scarlattiniforme. (Egli dice di aver avuto anche altre volte orticaria, indipendentemente dagli attacchi della malattia che ci occupa).

5) Nel dicembre dello stesso anno 1924, di nuovo febbre, dolor di gola, esantema. Assenza di prurito.

Il medico curante m'invita a visitare il malato. Si raccoglie l'anamnesi su riferita. Il giovane è da cinque giorni in letto; ha avuto all'inizio febbre, dolor di gola e, nel primo giorno stesso della malattia, un eritema diffuso, ma non troppo intenso che è, al momento del mio intervento, ancora in parte visibile, ed ha indubbiamente l'aspetto scarlattinoso.

L'esame della curva termometrica dimostra una elevazione a 39° il primo giorno; la temperatura si mantiene poco al disotto nel secondo e terzo giorno per divenire più bassa e leggermente remittente al quarto e al quinto (37°.6-38°.2). L'esame della bocca fa rilevare: lingua senza patina, rossa, lucente, specialmente ai bordi; arrossamento delle arcate del palato e delle tonsille. Il colorito del viso è pallido. Praticando una trazione sulla cute della piega del gomito, appare un arrossamento scuro, vinoso, della cute di questa regione (segno di Pastia).

Qua e là si inizia una leggera desquamazione, in alcuni punti forforacea, in altri a piccole lamelle. (Nei giorni successivi si ebbe alle estremità la formazione anche di lamelle grandi come una moneta da cinque franchi).

All'infuori del dolore alla gola e di un po' di stordimento al capo, il malato non accusava nessun altro disturbo. L'esame delle urine era negativo (e si mantenne tale anche in seguito).

Consiglio alla famiglia un trattamento con autovaccino, che viene accettato.

Prelevato del muco faringeo, si isola, in cultura pura, uno streptococco emolitico. Con questo germe, ucciso a 65° per 60' e con aggiunta di acido fenico al 1/2 %, si prepara un vaccino contenente 200 milioni di germi per cmc.

Si praticano le iniezioni sottocutanee del vaccino a tre giorni di distanza una dall'altra. (Il malato all'inizio della cura era già al termine della desquamazione, apiretico e in pieno benessere).

Alla prima iniezione compare — dopo sei ore — un eritema scarlattiniforme diffuso, accompagnato da turgore della pelle e da iperemia congiuntivale. Durata circa 18 ore. Apiressia. Non prurito. Non desquamazione. Nulla nelle urine.

Alla seconda iniezione, identiche manifestazioni. Alla terza iniezione si ripetono gli stessi fatti, ma con minore intensità.

Alla quarta iniezione si ha un'eruzione assai più mite. Durata 12 ore. Lieve iperemia congiuntivale. L'esame delle urine si mantiene sempre negativo.

Il paziente pratica ancora altre due iniezioni, a distanza di quattro giorni, ma con vaccino preparato con b. piocianeo (nello stesso modo del precedente). Nè il malato, nè la famiglia sapevano di questa sostituzione. Manca qualsiasi reazione dopo entrambe le iniezioni.

6) Mi venne poi riferito dal medico di famiglia che, nel luglio 1925, dopo qualche ora di malessere, il giovane venne colpito da un attacco febbrile (temperatura 39°) con cefalea. La febbre durò 12 ore. Col sopravvenire della apiressia comparve una eruzione cutanea diffusa, di colore roseo chiaro. Lo stato generale ottimo. Non più febbre. Al quarto giorno l'esame dell'urina rilevò tracce minime di albumina, che scomparve del tutto dopo pochi giorni. Al sesto giorno si iniziò modica desquamazione (1).

Come dev'essere interpretato questo caso?

Analizziamo, innanzi tutto, i fatti fondamentali della storia dell'infermo.

A undici anni egli ha, senza dubbio, una scarlattina, con complicazione renale di lunga durata; egli contagia una domestica che presenta, anch'essa, una scarlattina tipica.

A tredici anni, cioè due anni dopo, il ragazzo presenta nuovamente un quadro morboso che, logicamente, dev'essere ritenuto per un secondo attacco di scarlattina; tanto vero che un cugino, coabitante, ammala dopo pochi giorni di scarlattina.

Posteriormente, il giovane riammala altre cinque volte (nello spazio di poco più di cinque anni), con una forma clinica, presso a poco uguale in tutti gli attacchi, manifestantesi, cioè, con fatti febbrili, epistassi, *angina*, esantema scarlattiniforme, al quale segue desquamazione, anch'essa a carattere scarlattiniforme.

Il dubbio diagnostico non può sussistere per i

---

(1) Il presente lavoro era già pronto per la stampa quando ebbi notizie che il giovane, trovandosi a Torino, dopo essersi sottoposto a perfrigerazione fu, nel febbraio u. s., colto nuovamente da un altro attacco del tutto simile ai precedenti per sintomatologia, ma con stato febbrile più prolungato.

primi due attacchi; potrebbe aversi per i successivi.

Se noi sfogliamo la letteratura, vediamo come la storia del nostro ammalato rassomigli, in modo assai evidente, a quelle di molti altri casi pubblicati tanto sotto la denominazione di eritema scarlattiniforme recidivante, quanto come recidive multiple di scarlattina. Già il primissimo caso di eritema scarlattiniforme desquamativo recidivante, sopra ricordato, di Féréol ha notevoli rassomiglianze con il S., e così molti degli altri casi pubblicati sotto la stessa diagnosi. Ma rassomiglianze evidenti si trovano anche con i malati di Pritchard (con tre attacchi caratteristici verificatisi nello spazio di venti mesi) e di Smith (con tre attacchi tipici — il secondo complicato a otite media — in nove mesi), pubblicati come recidive di scarlattina.

Il fabbro, riferito da Fielding, ha cinque attacchi nello spazio di dodici anni: il primo tipico di scarlattina, durante una epidemia; i tre successivi lasciano, in chi ebbe ad osservarli, qualche dubbio diagnostico, ma al quinto, osservato dall'A., si constata dolore di gola intenso, lingua a lampone e desquamazione caratteristica, prolungata. (L'A. tuttavia pensò trattarsi di un *lichen* acuto; il Boschi riporta anche questo caso all'eritema scarlattiniforme recidivante).

Nei due casi familiari di Everard, la madre ha avuto cinque attacchi e due la figlia decenne. (L'A., riferendoli come attacchi multipli di scarlattina, non mette neppure in discussione tale diagnosi).

Il bambino di Yasuy ha un primo attacco di scarlattina autentica a due anni, il secondo durante lo stesso anno, il terzo a quattro anni e nove mesi. (Tutte e tre le volte il bambino è osservato nello stesso reparto di Ospedale e sempre i sintomi sono stati quelli di una scarlattina vera).

Ed altri casi ancora si potrebbero citare tra quelli pubblicati come recidive di scarlattina e che si trovano analizzati nelle memorie di Koerner, di Trojanowsky, di Jeanselme, di Boschi.

Ma sulle osservazioni di un autore, il Kramsztyk, ci sembra necessario soffermarci un poco, perchè questi, dopo avere esattamente raccolto i fatti e bene impostata la questione, giunge a conclusioni differenti da quelle degli altri autori.

In sostanza il Kramsztyk ragiona così:

Un bambino è colpito da una malattia acuta che, per *tutto l'insieme* sintomatico, tipico (e per le complicanze), dev'essere ritenuta per scarlattina. Però, dopo un certo tempo, una recidiva della malattia (o anche più d'una) costringe a cambiare la primitiva diagnosi e a pensare piuttosto all'eritema desquamativo scarlattiniforme recidivante. Esclusa, nelle circostanze di cui trattasi, una dipendenza da cibi o da medicamenti, si deve ritenere, dice l'A., che, secondo quanto aveva pensato anche lo Schwarz, nei casi in questione si abbia a trattare di « una infezione generale della classe degli esantemi infettivi », a etiologia sconosciuta. E pertanto, come non si può parlare di recidive di scarlattina, così non è appropriata neppure la denominazione di eritema scarlattiniforme recidivante, la quale va sostituita con quella di *pseudoscarlattina ricorrente*.

Non ci dice però il Kramsztyk perchè questo esantema infettivo, a differenza degli altri esantemi noti, possa avere numerose recidive. Nè la denominazione da lui scelta lumeggia di più la questione dal punto di vista patogenetico. Ma, quel ch'è peggio, l'A. è in contraddizione con se stesso perchè, nel suo lavoro, non soltanto a proposito di un caso dello Schwarz, che egli cita, dice che un anno e mezzo prima si era avuta in quel malato una « autentica » scarlattina, ma anche a proposito dei tre casi personali, dettagliatamente riferiti (e di altri due accennati), afferma la diagnosi di scarlattina nel primo attacco, senza fermarsi a discuterla ulteriormente.

* * *

La questione va posta, come si è accennato, in modo differente per poter giungere alla interpretazione diagnostica dei casi dei quali ci occupiamo.

Non si vuol già mettere in dubbio l'esistenza, come forma nosologica, dell'eritema scarlattiniforme desquamativo recidivante; ma s'intende dimostrare come la patogenesi di questa forma morbosa possa essere oggi interpretata avendo presenti le acquisizioni sui fenomeni della immunità e della ipersensibilità e come di tali fenomeni sia necessario tener conto sopratutto nella interpretazione dei casi dei quali ci occupiamo.

Il problema etiologico della scarlattina che, come ben dice Szontagh, è stato sempre « un tormento del cervello » è oggi di nuovo all'ordine del giorno e lo streptococco che sembrava sino a pochi anni fa detronizzato in tale questione torna agli onori della discussione e con argomenti di non trascurabile valore. Senza dubbio, la fisionomia della scarlattina è dipendente dallo streptococco.

Ma lo streptococco, più particolarmente uno speciale streptococco emolitico, è il vero agente causale della scarlattina, ovvero esso ha importanza soltanto come germe di associazione o come causa delle complicanze; ovvero, infine, la scarlattina dev'essere considerata, semplicemente, come una sindroma anafilattica per la sensibilizzazione di un dato organismo provocata da precedenti infezioni streptococciche di diverso genere (più spesso

da angine banali, ma anche da riniti, ferite, contatti con scarlattinosi, ecc.)?

Senza entrare nel complesso dibattito, noi possiamo oggi servirci di quanto questo dibattito ha messo in evidenza.

La concezione anafilattica della scarlattina, quale ce la rappresentano i due più tenaci sostenitori, Meyer, tra i tedeschi, e Bristol, tra gli americani, è basata, senza dubbio, su fatti bene osservati e la cui importanza non può non essere presa in considerazione. L'identità del quadro clinico della allergia da medicamenti e della malattia da siero con la scarlattina è posta da Bristol in evidenza in ogni suo particolare.

Ma noi non dobbiamo dimenticare come già il Francioni, in precedenza, verso questa concezione s'indirizzasse quando esprimeva il pensiero che i fatti di ordine sperimentale, che si osservano nelle malattie da siero, inducessero per analogia a spiegare il meccanismo con il quale si producono gli esantemi infettivi, e come la possibilità di rapporti tra scarlattina e anafilassi fosse intraveduta da parecchi studiosi sin dalle prime osservazioni e dai primi studi dei fenomeni della anafilassi.

La teoria anafilattica della scarlattina non chiarisce però, almeno sino ad oggi, tutti i lati della questione. Meyer stesso riconosce che non si raggiunge sufficientemente con essa la conoscenza completa del processo patogenetico e che all'enigma dell'agente causale si sostituisce un nuovo enigma, quello della costituzione individuale. Però, soggiunge egli, alla luce delle moderne cognizioni, la costituzione è accessibile alle nostre osservazioni e ricerche cliniche più di quello che sia stato sinora alle ricerche (e più ancora alle prove) batteriologiche l'agente causale. Certo, non si può negare la verità contenuta nelle parole di Meyer che « la biologia non riconosce più soltanto l'agente causale delle malattie infettive, con i suoi caratteri incostanti, come il fattore più importante, ma pone, a pari grado, vicino ad esso l'organismo col suo potere di difesa, con il suo stato attuale di immunità, con la sua disposizione ». Questa *disposizione* è piccola, nella grande maggioranza degli individui, verso la scarlattina, al contrario di ciò che si osserva in riguardo ad altre malattie infettive, come il morbillo, il vaiuolo, ecc. Ecco il punto! (1).

Ma la disposizione deve essere oggi interpretata come la espressione della diversa sensibilità individuale alle varie infezioni. Lasciando pertanto impregiudicata anche la questione se tutta la scarlattina si risolva in un fenomeno di anafilassi per ipersensibilità individuale verso lo streptococco o se soltanto alcuni dei suoi sintomi siano l'espressione di questa ipersensibilità, noi dobbiamo ritenere che ad essa e non alla variata virulenza dell'agente causale siano dovuti i differenti quadri della scarlattina, ricordando come in una stessa famiglia si vedono spesso contemporaneamente quadri diversissimi per gravità in due o più dei suoi componenti colpiti.

A questa stessa ipersensibilità vanno, secondo me, riferite le così dette recidive della scarlattina. Invero, come le ricadute di questa sono riportate da molti non a nuove infezioni dall'esterno, ma a ipersensibilità dell'organismo di fronte all'azione dei germi causa dell'infezione (rimasti annidati in qualche organo e con attività non spenta, ma assopita), così i nuovi attacchi o recidive, possono essere interpretate come le reazioni di un individuo ipersensibile ad una nuova aggressione dello stesso germe. Questa ipotesi è, in fondo, una estensione del concetto di Schick, che si verifichi cioè, nella stessa guisa che per altri processi morbosi (malattie da siero, tifo), anche per la scarlattina, dopo un breve tempo d'insensibilità specifica, uno stato allergico, una ipersensibilità egualmente specifica.

Se si voglia obiettare che la frequenza di queste così dette recidive è infinitamente scarsa, noi potremo rispondere che anche la disposizione individuale alla scarlattina è assai poca (1). Ma potremo anche dire (e in ciò mi conforta la mia non breve esperienza) che assai probabilmente, con una più esatta osservazione e con una più esatta disamina dei fatti osservati, la frequenza apparirebbe maggiore.

Comunque, con la ipotesi avanzata riesce facile interpretare quelle osservazioni nelle quali, ad un primo attacco di scarlattina leggera o anche frusta, è seguito un secondo, ovvero un successivo attacco settico gravissimo e persino mortale. Nell'organismo che ha superato lo choc anafilattico subentra lo stato antianafilattico; ma questo stato antianafilattico può essere temporaneo, incompleto, specialmente quando la prima scarica anafilattica non sia stata abbastanza forte. E come una antianafilassi risolutiva (secondo l'espressione di Meyer) può condurre alla immunità, una antianafilassi incompleta, parziale, può permettere nuove reazioni più gravi di ipersensibilità.

---

(1) Anche SZONTAGH pensava in fondo che la scarlattina non fosse che la reazione di individui predisposti. Ma egli negava ogni specificità, ammettendo che questa reazione poteva avvenire verso tutto un gruppo di germi. Oggi, anche tra coloro che si oppongono alla concezione anafilattica della scarlattina (Silvestri), la maggior parte debbono ammettere per lo meno « la possibile natura anafilattica di qualcheduno dei sintomi della scarlattina ».

(1) HAUFF, citato da THOMAS, riferisce che in una epidemia di scarlattina, comparsa dopo 13 anni di tregua, vide eccezionalmente ammalare più di una persona in una famiglia. Ma è anche comune l'osservazione, durante ogni epidemia di scarlattina, che, mentre in alcune famiglie uno solo è colpito, in altre sono parecchi gli attaccati dal male, bambini ed anche adulti.

In ogni organismo, senza o con insufficiente protezione, i germi possono penetrare liberamente nel circolo sanguigno e invadere i diversi organi. Dopo un secondo attacco più violento, gli attacchi successivi sono più leggeri, come accade nella riproduzione sperimentale dei fenomeni anafilattici (Friedberger, Arthus). E la loro leggerezza può essere tale da passare inosservati o da non rendere evidente ad una osservazione superficiale la loro vera natura. Così come nelle rivaccinazioni antivaiuolose, le manifestazioni esteriori possono essere appena visibili.

Ma la reazione può essere più leggera sino dal secondo attacco: la ragione è ovvia da ciò che precede e ha egualmente il conforto sperimentale. E si spiega anche perchè le scarlattine più leggere hanno maggiore tendenza alle recidive.

Dall'esame delle osservazioni pubblicate come eritemi scarlattiniformi recidivanti noi dobbiamo ritenere altresì che un non piccolo numero di esse possa essere riportato a queste sindromi di ipersensibilità alla proteina streptococcica, così come altri casi di eritema scarlattiniforme desquamativo recidivante sono da riferirsi a ipersensibilità verso proteine di altra natura, o verso dati cibi, o verso medicamenti. E come è rara nella generalità degli individui la ipersensibilità ad alimenti o a farmachi, così non deve meravigliare la rarità dei casi di ipersensibilità ad una proteina batterica.

È vero che da alcuni si parla ancora oggi di *idiosincrasia* per spiegare gli stati di ipersensibilità a farmachi, alimenti, ecc., negando la natura anafilattica di questa ipersensibilità. Però osservazioni ed esperienze assai recenti (che qui sarebbe troppo lungo riferire, ma che dimostrano anche l'esistenza di sensibilizzazione istogena prodotta da sostanze non antigene), vengono a rendere sempre più difficile una differenziazione tra idiosincrasia e reattività anafilattica vera. Si può ritenere che queste sostanze non antigene possano, eterogeinizzando le proteine dell'organismo, produrre una anafilassi endogena, così come dalle proteine eterogenee introdotte dall'esterno si ha una anafilassi esogena.

Si è sottilizzato da taluni sull'aspetto non caratteristico della lingua (tanto nelle osservazioni pubblicate come recidive di scarlattina, quanto in quelle ritenute per eritemi scarlattiniformi recidivanti), ma l'aspetto caratteristico può anche non aversi nella scarlattina più genuina. Si è messa in evidenza la presenza di un prurito insistente; ma, se noi consideriamo tali recidive come sindromi anafilattiche, non ci meraviglieremo di ciò, sapendosi come un prurito anche intenso accompagni spesso le manifestazioni cutanee dell'anafilassi. E queste si accompagnano anche, con frequenza, ad orticarie o ad artralgie, proprio come si legge in diverse delle osservazioni pubblicate. Nè, in generale, le differenze di grado o d'intensità nei diversi sintomi possono costituire argomento di valore diagnostico differenziale. Considerate le manifestazioni di recidive come fatti di ipersensibilità, noi non possiamo non ricordare che le reazioni allergiche che si hanno nei soggetti sensibilizzati differiscono (v. Pirquet) cronologicamente, quantitativamente e qualitativamente, dalla reazione primitiva che si osserva in un individuo non sensibilizzato; come è stato dimostrato da numerosissime osservazioni sperimentali, specialmente con il vaccino, con la tubercolina, con gli ifomiceti, con le iniezioni ripetute di sieri, ecc. ecc. E perciò non deve far meraviglia se la desquamazione può essere più precoce, più abbondante ed anche per altri caratteri un po' diversa da quella che comunemente si osserva nella scarlattina.

I sintomi della scarlattina si ritrovano inequivocabilmente: nel nostro caso erano evidenti nella recidiva che ci fu dato osservare, oltre i fatti faringei (che si ripeterono nelle altre recidive), anche il segno di Pastia che, com'è ormai accertato, è, tra i molteplici segni diagnostici della scarlattina, uno dei più sicuri e costanti (mentre il segno di Rumpel e Leede manca spesso negli esantemi scarlattinosi poco sviluppati). Anche nei casi riportati ad eritema scarlattiniforme desquamativo, il quadro clinico risulta di regola aperto da fenomeni generali, dolori articolari o muscolari, febbre anche elevata che s'inizia talora con brivido di freddo più o meno intenso, unico o ripetuto. La febbre ha presso a poco il decorso che nella scarlattina, cioè si spenge gradatamente con il sopravvenire della desquamazione. Il dolor di gola, l'angina eritematosa sono notati assai spesso all'inizio; la lingua viene per lo più descritta se non proprio a lampone, d'aspetto liscio, come verniciato di colore rosso vivo. L'esantema e la desquamazione (salvo la precocità di questa che, per ciò che si è detto, possiamo ora spiegare) ben difficilmente, per i loro caratteri, possono essere differenziati.

Lo stesso Besnier, del resto, a conclusione dei suoi studi sull'eritema scarlattiniforme recidivante, deve affermare che le difficoltà che presenta la diagnosi differenziale con la scarlattina sono assai spesso insormontabili e Brocq deve ammonire: « in pratica, dinanzi ad un caso dubbio, si deve sempre agire come se si avesse a che fare con una scarlattina » (1).

Si deve infine ricordare come le reazioni di ipersensibilità colpiscano in modo differente i di-

---

(1) Dalla storia del nostro malato risulta che una eruzione eritematosa, pruriginosa si ebbe anche dopo l'uso terapeutico di un preparato arse-

versi organi a seconda del differente stato di allergia di ognuno di questi: in alcuni individui lo streptococco produrrà un choch anafilattico renale, dimostrabile clinicamente, in altri sarà sulla cute o su altri organi che esso manifesterà la sua azione. Ma è oramai accertato (Abrami, Cesaris Demel, Widal, Rondoni) che assai spesso i fatti cutanei costituiscono *i soli sintomi di una anafilassi leggera*: nessuna meraviglia, quindi, che nelle osservazioni in discussione come recidive di scarlattina non siano stati notati che fatti cutanei e che questi possano essere stati i soli ad apparire nei casi riferiti come eritemi scarlattiniformi recidivanti. L'avere nel nostro malato osservato, dopo le iniezioni dell'autovaccino streptococcico la comparsa di eritema scarlattiniforme e gli altri sintomi notati (mentre ogni reazione mancò con le ultime due iniezioni praticate con vaccino di b. piocianeo), convalida la nostra tesi (1). È doveroso però aggiungere che le iniezioni di vaccino non portarono alla desensibilizzazione, giacchè, anche posteriormente ad esse, il S. ebbe altri attacchi.

*
* *

L'interpretazione delle recidive di scarlattina è dunque, secondo il mio modo di vedere, la seguente:

Dopo un primo attacco di scarlattina, non seguendo l'immunità in tutti coloro che ne sono colpiti, si stabilisce, *in alcuni individui* uno stato di ipersensibilità. In tali soggetti i germi esistenti nella gola o provenienti, per nuove infezioni, dall'esterno determinano la manifestazione (o la ripetizione) (2) dei fenomeni allergici.

———

nicale. Questo fatto che potrebbe dare l'impressione di un argomento contrario alla nostra ipotesi, costituisce invece una prova di più della natura anafilattica dei fenomeni osservati, in quanto è noto che spesso, in uno stesso individuo, la ipersensibilità si può dimostrare di fronte ad antigeni diversi. Ed è anche un'altra prova della identità di natura dei fatti che sono stati osservati dagli autori nella sindrome dell'eritema scarlattiniforme recidivante da cause diverse. Dice BESNIER e BROCQ ripete (per non citare che i due più competenti) che, se in linea generale la causa determinante gli attacchi negli « individui predisposti » è sempre la stessa (farmaci, speciali alimenti, tossina microbica, ecc.), in alcuni la causa può essere diversa nei diversi attacchi.

(1) GABRITSCHEWSKY (citato da BRISTOL) ha osservato con iniezioni di vaccino streptococcico prodursi nel 10-15 % dei casi una eruzione nel punto della iniezione, spesso seguita da eruzione generale, con febbre e talora anche con altri sintomi della vera scarlattina.

(2) Se si accettino le idee di quegli AA. i quali sostengono che tutta la scarlattina non è che un fenomeno di anafilassi, si dovrà parlare, anche per il secondo attacco, di *ripetizione*.

Le recidive della scarlattina, che noi preferiremmo fossero dette sindromi di ripetizione della scarlattina, non sono dovute dunque ad una nuova infezione resa possibile per la perdita della immunità data dalla infezione precedente (Jeanselme); esse sono da attribuirsi al fatto che dalla infezione precedente era residuato (*in soggetti predisposti*) uno stato di ipersensibilità. Tale ipersensibilità, come alcuni casi pubblicati dimostrano, può essere anche ereditaria.

Questa interpretazione appare assai più logica di quella riportata di Kramsztyk e dell'altra analoga (non suffragate nessuna da alcuna prova) alla quale Jacobson ricorre, che cioè si tratti, nei casi di scarlattine recidivanti, di un germe speciale, che egli chiama parascarlattinoso, più raro a trovarsi che lo scarlattinoso vero.

Il Boschi, nel lavoro citato, a proposito *del caso* di Kramsztyk (1), scrive che « una pregressa scarlattina parve predisporre allo sviluppo successivo dell'eritema scarlattiniforme recidivante ». Il Boschi ha dunque anch'egli intravisto i rapporti tra la prima manifestazione e le successive: noi diciamo che non esiste un semplice rapporto, ma un vero legame, perchè le successive manifestazioni ritenute di eritema scarlattiniforme recidivante non sono che manifestazioni identiche, tutte le volte, di ipersensibilità verso le proteine dello stesso germe.

Sarebbe, senza dubbio, utile eseguire in tali malati quelle ricerche di laboratorio che servono a comprovare lo squilibrio colloidale. Esse non furono potute eseguire nel nostro malato; ma è d'altra parte da considerare che se queste ricerche sono facili nelle riproduzioni artificiali di sindromi anafilattiche non sempre è altrettanto facile sorprendere tutti i segni probativi nei casi clinici, essendo noto che la crisi emoclasica è già scomparsa al manifestarsi dei sintomi anafilattici (2).

———

(1) Per l'esattezza si doveva dire *i casi*, perchè il KRAMSZTYK riferisce cinque casi simili.

(2) L'eosinofilia, che per molti AA. costituisce un segno a favore della scarlattina, si riscontra facilmente negli stati anafilattici. Essa si osserva però anche in un assai notevole numero di dermatosi, sicchè il suo reperto nei casi in discussione non potrebbe costituire argomento a sostegno di una piuttosto che di un'altra tesi.

Ma neppure a riguardo della scarlattina esiste completo accordo tra gli AA. Secondo alcuni l'eosinofilia può mancare nelle forme fruste, secondo altri essa può essere in queste forme elevate, mentre manca nelle forme gravi e complicate. Teissier ha di recente (*Congresso francese di medicina*, Nancy 1925) concluso dalle sue osservazioni che nella scarlattina l'eosinofilia è assai incostante e sempre poco elevata, nè può costituire elemento di diagnosi differenziale con « gli eritemi scarlattiniformi », giacchè anche in questi essa si ha egualmente.

La interpretazione data delle sindromi di ripetizione costituisce un altro argomento a favore della concezione anafilattica di questa malattia?

Non azzardo dirlo; io mi sono voluto limitare a dimostrare come queste sindromi in altro modo non possano essere considerate se non come vere reazioni di ipersensibilità. E sopratutto ho inteso rilevare come sia illogico ritenere per eritemi scarlattiniformi recidivanti dette sindromi quando si osservino in individui che hanno sofferto in precedenza, *sicuramente*, la scarlattina. Ma si deve ritenere anche che, con ogni probabilità, non pochi dei casi considerati sin dal primo attacco come manifestazioni di eritema scarlattiniforme recidivante, debbano invece essere considerati egualmente come sindromi di ipersensibilità verso una proteina batterica (streptococcica?).

Indipendentemente poi da queste forme, l'eritema scarlattiniforme desquamativo recidivante, deve essere, secondo me, considerato, per se stesso, in ogni caso, come una manifestazione di anafilassi, sia per ripetute introduzioni dall'esterno di proteine eterogenee (anafilassi esogena), sia per eterogeneizzazione, prodotta da agenti diversi, delle proteine dell'organismo (anafilassi endogena).

Roma, maggio 1926.

BIBLIOGRAFIA.

BESNIER et DOYON. Trad. franç. et annotations des *Leçons sur les maladies de la peau par Kaposi* Paris, 1891.
BOSCHI. Rivista di clinica pediatrica, 1924.
BRISTOL. Amer. Journ. of the Med. Sciences, 1923.
BROCQ. Archives gen. de médecine, maggio, giugno, luglio, 1884; articolo *Erythrodermies exfoliantes généralisées* in Pratique dermatologique, v. II, Paris, 1901.
ID. *Précis atlas de dermatologie*, Paris, 1921.
DEGKWITZ. München. Med. Wochenschrift, 1922.
EVERARD. British med. Journ., 1902.
FÉRÉOL. Bull. soc. méd. hôpitaux de Paris, 1876.
FIELDING. British med. Journ., 1903.
FRANCIONI. Riforma medica, 1919.
HARDY. *Traité des maladies de la peau*, Paris, 1886.
JACOBSON. Archives de méd. des enfants, 1914.
JEANSELME. Arch. génér. de méd., 1892.
KÖRNER. Jahrb. f. Kinderh. Bd. IX, 1876.
LEINER. Mediz. klinik, 1923, n. 49.
MEYER. Deut. mediz. Woch., 1923.
PECORI. *Sulla immunità nella tricofizia*. Roma, 1914.
PRITCHARD. Glasg. med. Journ., 1882.
RONDONI. *Lezioni sulla anafilassi*. Milano, 1923.
SCHWARZ. Wiener med. Blätter, 1895, n. 29-30.
SILVESTRI. Riforma medica, 1924.
SMITH. British med. Journ., 1915, 12 gennaio.
SZONTAGH. Jahrb. für Kinderheilkunde, Bd. LXXVI.
THOMAS. *Trattato di patologia medica di Ziemssen.*, trad. ital., Napoli, 1876, vol. II.
TROJANOWSKY. Dorp. med. Zeitschr., Bd. III.
YASNY. Prakt. Vratsch., 1904; riassunto nella Revue mens. des mal. de l'enfance, 1904.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

DIVISIONE CHIR. DELL'OSPEDALE MAGGIORE DI PARMA
Primario: prof. EUGENIO GARBARINI.

Su un caso di carcinoma del pene.
(Considerazioni cliniche ed etiologiche).

Dott. CESARE CORUZZI, assistente volontario.

Non credo di fare opera inutile a riportare il presente studio su di un caso di carcinoma del pene capitatomi sotto osservazione.

Si tratta di certo D. G. C., d'anni 57, coniugato, proprietario, da Parma.

L'anamnesi è muta per quanto riguarda gli avi ed i collaterali. Il padre morì ad 80 anni di una paralisi e fu sempre soggetto nervoso. La madre morì a 76 anni di cardiopatia dopo essere stata sempre sana e dopo aver generato 5 figli tutti sani. Negativa l'anamnesi atavica per la carcinomatosi.

Nulla risulta nell'anamnesi personale remota se si esclude una uretrite blenorragica a 22 anni che in breve tempo guarì senza lasciare reliquati. Non soffrì nessun'altra forma morbosa ai genitali ed esclude in modo assoluto fimosi, parafimosi, ulcerazioni e balanopostiti.

A 25 anni sposò una giovane di 24 anni sana e robusta. Questa ebbe 5 gravidanze tutte condotte a termine, se eccettuiamo la quarta che s'interruppe spontaneamente al 4° mese, e nel 1916 fu operata (prof. Garbarini) di *isterectomia per epitelioma ulcerato del collo dell'utero* dopo pochissimo tempo dacchè erano apparsi i primi sintomi clinici.

Presso a poco nella stessa epoca in cui apparvero i sintomi dell'epitelioma della portio nella moglie, o per meglio specificare subito dopo, il nostro paziente ha incominciato a notare in corrispondenza del solco balano prepuziale la presenza di un noduletto che andò lentamente crescendo fino ad invadere tutto il glande. È da notare che immediatamente prima dell'inizio del male comparve un certo grado di fimosi. Il tumoretto non diede per molto tempo disturbi, solo l'infermo accusava un po' di dolore locale, lieve bruciore all'uretra e alle volte difficoltà di minzione. Il tumore era indolente; l'urinazione, quantunque si effettuasse abbastanza facilmente, non era normale poichè mancava il getto dell'urina e, come su è detto, era accompagnata da bruciori.

Lo stimolo sessuale persisteva e l'erezione era completa: basta dire che il paziente ebbe rapporti sessuali fino quasi alla vigilia di entrare nella divisione chirurgica.

L'esame obbiettivo dà per tutti vari organi e sistemi risultato negativo.

Osservando gli organi genitali si nota il glande tumefatto e bernoccoluto in modo da fare l'impressione d'un cavol-fiore. L'apertura del meato è circondata da mucosa più liscia che nelle altre parti del glande il quale è cosparso di noduli carnosi, fungiformi, di color rosa pallido della grossezza di un grano di miglio. Dagli interstizi di queste escrescenze fuoriesce talvolta qualche goccia di siero purulento. La palpazione del tu-

more fa rilevare una durezza notevole, quasi lignea, e non è affatto dolorosa.

La parte del pene non interessata dal tumore si presenta leggermente ed uniformemente ingrossata, di colorito un po' cianotico.

Alle regioni inguino-scrotali di ambo i lati non si palpano gangli.

Entrato nella divisione chirurgica il 21 settembre 1925 fu operato lo stesso giorno di amputazione del pene al terzo medio (operatore: prof. Garbarini). Dopo 19 giorni dall'operazione uscì completamente guarito dopo che il decorso post-operatorio si era svolto più che normalmente. Quindici giorni dopo l'uscita dall'ospedale il paziente ha la prima erezione del moncone che all'esame obiettivo presenta un meato urinario di media grandezza, funzionalmente sufficiente, un po' nascosto fra le pieghe della pelle dello scroto. Presentemente, dopo 2 mesi dall'operazione, il paziente gode ottima salute ed anche moralmente non è abbattuto; ha frequenti erezioni, ejaculazioni spontanee e lo stimolo sessuale non è cessato.

Esame macro e miscroscopico del tumore. Esso si presenta come un piccolo arancio che abbia come peduncolo il rimanente del pene. La superficie è formata da piccoli bernoccoli e rilevatezze separate da solchi rugosi che hanno decorso tortuoso. Sezionando il tumore con un taglio dall'alto al basso (vedi fig. 1-2). Si nota che l'uretra è completamente pervia ed il processo non l'ha colpita, il solco si presenta ispessito e lievemente rugoso. Internamente la massa carnosa del glande è più tenace ed infiltrata. Per l'esame microscopico (1) i pezzi vennero fissati in formolo e le sezioni colorate con ematossilina-eosina e con Van Gieson-ematosilina pel connettivo.

Fu studiato il glande, che era la sede del tumore ed i rapporti fra glande e gli strati più interni del prepuzio. Per questi ultimi si ha un reperto normale. Nel glande si osserva una atipica, rigogliosa proliferazione dell'epitelio che riveste il glande ed il prepuzio. È costituita da cordoni ramificati e da nidi di cellule pavimentose sostenuti da una trama connettiva delicata e scarsissima, con disegno alveolare. Nei nidi e nei cordoni le cellule marginali sono prismatiche e basse, le intermedie poligonali e le centrali lamellari con disposizione a globi perlacei.

Si nota infiltrazione parvicellulare abbondantissima.

Glande spaccato longitudinalmente.

FIG. 1.
1 = frenulo; 2-2' = glande; 3-3' = solco balanoprepuziale.

FIG. 2.
1-1' = glande; 2-2' = solco balanoprepuziale.
N. B. Lo specillo attraversa il canale uretrale.

CONSIDERAZIONI ANATOMO-PATOLOGICHE E CLINICHE.

Come ci è noto dallo studio dell'anatomia patologica i tumori in genere ed i tumori maligni in ispecie che colpiscono il glande sono quasi sempre di natura epiteliale. Assume generalmente due

(1) Gli esami microscopici furono eseguiti nell'Istituto di Patologia speciale chirurgica diretto dal prof. Giovanni Razzaboni che ringrazio in uno coll'aiuto dott. Pietro Sannazzaro per l'ospitalità concessami e per i consigli e gli aiuti datimi.

tipi: il papillomatoso e l'ulceroso infiltrato. A questi due tipi Küttner ne aggiunse un terzo che egli chiama *cancro non epiteliale* ma questo terzo tipo sembra essere una forma assai rara.

Se vogliamo classificare il tumore da noi descritto lo dobbiamo mettere tra quelli del primo tipo: si tratta di un epitelioma papillomatoso che ha un aspetto macroscopico a cavol-fiore.

Sia all'esame obbiettivo come a quello microscopico non si è potuto constatare diffusione del tumore al prepuzio come non si è notato ingrossamento dei gangli linfatici. Per questo non si è addivenuto all'esportazione dei gangli inguinali sapendo anche che un ingrossamento gangliare è in linea generale dovuto ad un processo infiammatorio. Ed in questo senso riferiscono Pantaleoni, Barney, Charles e Gibson, Alexander, Küttner il quale ultimo in ispecie arriva fino ad asserire che nel 71.4 % degli ingrossamenti gangliari in caso di cancro del pene, il fatto è dovuto a processo infiammatorio.

Nessuna considerazione possiamo fare circa l'età in cui si è sviluppato il cancro: è troppo noto come vari dai 50 ai 70 anni e come il Creite su 616 casi di carcinomi del pene raccolti nella letteratura non trovò nessun caso d'individui colpiti prima dei 20 anni. Quindi il nostro caso rientra nell'ordinario.

Piuttosto merita una parola di considerazione l'etiologia della forma.

Come causa principale viene presa in considerazione la fimosi e a proposito della precedenza di questa malattia il Barney la riscontrò nel 42 % dei casi di cancro del pene ed il Demarquay 42 volte su 62 casi mentre il Küttner lo trovò solo in 6 casi su 60 esaminati.

Altre cause comuni sono riconosciute la così detta psoriasis preputialis, le leucoplasie del glande (Forgue), la presenza di piccole verruche, i traumi, le malattie veneree (Consolin, Craner, Crips) per la facilità colla quale insorgono su cicatrici di vecchie ulceri, le strane applicazioni antierotiche come quella riferita da Dupreytren di un anello metallico attraverso il prepuzio.

Per il caso in parola tutte queste cause etiologiche cascano: non psoriasis preputialis, non leucoplasie del glande, non verruche, non morbi celtici, non pervertimenti sessuali, non infine traumi se, come ne è il caso, si vuol togliere il trauma del coito poichè se si volesse comprendere anche questo non si capirebbe come una piccolissima parte degli uomini è colpita da carcinoma del pene quando tutti sono soggetti, ed in misura pressochè uguale, al trauma fisiologico del coito.

Sarà piuttosto il caso di ricordare come per sostenere la teoria parassitaria della biologia del cancro sono stati citati vari casi nei quali il cancro di una superficie si è trasmesso ad un'altra superficie colla quale veniva in contatto, specialmente i così detti *cancri a due* o *cancri coniugali* di cui sono stati descritti diversi esempi tanto nell'uomo (Ménétrier, Fichera) che negli animali, specie nei cani (Duplay e Cazin, Schmidt e Washburn), e che sarebbero dovuti ad un contagio nel coito.

Demarquay, Bruce Clarcke, Czery, Calef descrivono casi accertati di contagio da cancro dell'utero.

Dalla storia del nostro paziente è detto chiaramente come la di lui consorte fosse stata avvisata di un carcinoma ulcerato della portio da sintomi che comparvero quasi improvvisamente e che fu operata dopo poco per tale forma morbosa. È detto anche che subito dopo la comparsa dei sintomi su accennati il paziente ebbe ad accorgersi della comparsa del piccolo nodulo sul glande.

Nella letteratura del cancro del pene, come già ho accennato, ho trovato altri casi descritti in cui si dà come causa esclusiva del loro insorgere il contagio per via sessuale. Secondo alcuni queste osservazioni non sono molto dimostrative perchè si obbietta che data la grande frequenza dei cancri dell'utero molti di più dovrebbero essere i contagiati dal tumore, tuttavia il fatto sussiste e non può essere ritenuto come una coincidenza fortuita.

A me sembra che nel nostro caso non vi sia dubbio che l'affezione carcinomatosa sia dovuta a contagio diretto dal carcinoma ulcerato della moglie. Si può ritenere che l'impianto di parti neoplastiche sia facilitato da lievi lesioni di continuo preesistenti e così facili a trovarsi nel pene sebbene nel nostro caso almeno non si possa affermare nulla di preciso in proposito.

Elemento prezioso atto a confermare il concetto del contagio diretto ci è dato dalla varietà della neoplasia confermata istologicamente e che deponeva per un epitelioma papillomatoso, cosicchè l'epitelioma ulcerato della portio nella moglie trovava un preciso corrispettivo nell'epitelioma papillomatoso del glande del marito.

BIBLIOGRAFIA.

CALEF. Rivista Ospedaliera, n. 18, 1925.

CAGNETTO. *Apparato Gen. Maschile*. Trattato di An. Patol. del FOÀ.

FORGUE. *Compendio di Patologia Chirurgica*. Casa Editrice Libraria, Milano, 3ª ediz. italiana su 6ª francese.

DAVID GILLIAM (COLUMBUS). Citato in Journal d'Urologie, tome XIX, n. 2, 1925.

LUNGHETTI. *Tumori in generale*. Trattato di Anat. Patol. del FOÀ.

MÉNÉTRIER. *Cancro*. Trattato di Med. di BROUARDEL e GILBERT. U.T.E.T., 1910.

STOPPATO. Clinica Chirurgica, n. 11-12, 1917.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

Bocchettone contro la dispersione dei liquidi.

Dott. BEDARIDA NINO VITTORIO
chirurgo dell'Osp. Magg. di San Giovanni - Torino

È conosciuto che i comuni recipienti, chiamati nella pratica « pappagalli » raccoglitori di urine o liquidi, non corrispondono perfettamente allo scopo, poichè presentano difetti molto gravi, ed inconvenienti molto noiosi.

Data la loro forma speciale di un'ampolla piatta da un lato, con collo ed apertura rivolti verso l'alto, essi non perderebbero e verserebbero il proprio contenuto se restassero in posizione orizzontale continua e fissa. Invece il peso stesso del corpo del malato, inclina questo recipiente in modo che la parte anteriore viene a trovarsi in un piano assai più basso della parte posteriore; ne viene perciò che detto pappagallo riesce a contenere una minima quantità di liquido, non più di 100 centimetri cubi, dopo di che il contenuto comincia a gocciolare nel letto e poi a versarsi in quantità sui lenzuoli.

Per questo, l'ammalato che deve usare queste ampolle chirurgiche, rimane di continuo nell'umidità puzzolente, anche se si ha cura di vuotare sovente il recipiente e di cambiare spesso la biancheria.

Questi inconvenienti, questi disturbi sono risentiti in misura maggiore nei pazienti che sono obbligati al catetere e che sono in genere ammalati gravi di ipertrofia prostatica, di stenosi uretrale, ammalati con fistole uretrali, con fistole vescicali,

FIG. 1.

che hanno avuto frattura dell'uretra, che hanno subito operazioni renali ed anche donne che hanno sofferto operazioni di plastiche vaginali, isterectomie vaginali, ecc., ecc.

Per cercare di evitare il versamento del liquido da questi pappagalli, per rendere quindi in queste od in altre ampolle chirurgiche simili, il contenuto completamente contenibile, indispersibile, ho ideato un tappo di gomma, a forma di imbuto, che si può applicare a chiusura ermetica all'imboccatura del recipiente. Esso ha la forma (come

FIG. 2.

si può vedere nella fig. 1) di un cono imbutiforme munito alla sua circonferenza superiore di un bordo che ripiegandosi in basso si applica all'orlo del recipiente di vetro; verso l'estremità inferiore del bocchettone c'è una piccola valvola, detta d'aspirazione, che serve per l'uscita dell'aria, permettendo così entrata rapida del liquido senza gorgoglio o rigurgito.

A tutto ciò si aggiunga che se il malato ha un sensorio torpido o se è incosciamente agitato per febbre o per uremia, il recipiente in parola viene scosso o capovolto e quindi anche, se il liquido contenuto è scarso, si vuota per completo nel letto.

Io ho notato molto sovente che i malati i quali adoperano questi recipienti non riposano, non dormono per la preoccupazione di vuotarsi il proprio pappagallo e sono sempre scontenti ed inquieti, perchè passano la loro degenza fra l'umidità ed il fetore delle tele cerate ed oleate, dei lenzuoli e dei materassi.

Il foro inferiore del bocchettone è abbastanza largo per permettere al catetere di non aderirvi e di rimanere libero; cosa molto importante, poichè coi movimenti del paziente, se il catetere facesse

corpo coll'apparecchio, uscirebbe o si sposterebbe dall'uretra.

Nella fig. 2 si può vedere l'apparecchio applicato; a pappagallo inclinato, in modo che il collo sia sul piano orizzontale, il liquido contenuto va a mettersi tra il vetro e la parete inferiore dell'imbuto di gomma, senza uscire dal recipiente.

Per questo, detto bocchettone fu da me chiamato e brevettato col titolo di « Acheteon »; derivando questo dal verbo greco « χέω = verso », onde con l'alfa privativa si ha il significato italiano « non può essere versato ».

Questo semplicissimo apparecchio può essere costruito pure di vetro o di altre sostanze; io ho preferito la gomma e di un tipo speciale che non si corrode per le fermentazioni ammoniacali; e così facilmente si applica e facilmente si toglie, data la sua cedibilità si adatta a qualsiasi apertura di pappagallo anche se non costruito per esso; si può fare bollire e sterilizzare agli autoclavi senza alterarsi, e senza rompersi durante queste manovre come spesso avviene per gli apparecchi di vetro.

Questo bocchettone dunque che impedisce al liquido contenuto nei pappagalli di disperdersi o di versarsi, offre molti vantaggi per il malato e per la cura di esso; risparmia biancheria, assistenza continua, ed in particolar modo evita ai degenti malattie secondarie della pelle come eczemi e decubiti dovuti all'irritazione, prodotta dal contatto diretto dell'urina versata.

SUNTI E RASSEGNE.

DERMOSIFILOGRAFIA.

Insegnamenti che può il medico pratico dedurre dalla conferenza internazionale sulla sifilide ereditaria.

(J. GATÉ. *Le Journal de médecine de Lyon*, 1926, n. 150).

Sifilide ereditaria larvata: schematizzando le conclusioni, si può dire che la sifilide ereditaria è considerata diversamente dagli AA.; Lemaire e David trovano il 19 % di eredo sifilitici in un consultorio per lattanti; Marfan il 30 per cento; Hutinel il 40 %; Lesné il 10 %. Le divergenze si spiegano perfettamente quando si ricordi che vicino ai segni di certezza vi sono i segni di probabilità o di presunzione e che la sifilide ereditaria classica, tipica, è duplicata da una sifilide ereditaria larvata che per il suo aspetto caratteristico può prendere l'aspetto delle più diverse affezioni. La percentuale varierà quindi con il variare del valore attribuito all'uno od all'altro segno. In definitiva la questione si riassume nella delimitazione precisa del dominio dell'eredo sifilide, e questo è il punto difficile. La ricerca dei precedenti personali e familiari spesso è ben lungi dall'offrirci la desiderata precisione; l'esame del malato è insufficiente specie quando si tratta di sifilide larvata nella quale sono in gioco i dubbi. Le reazioni biologiche sono di una incostanza rimarchevole nei neonati e nei bambini.

Gli argomenti terapeutici conservano un certo valore se si tiene conto delle manifestazioni resistenti. È certo che il medico di fronte a ciò si troverà fortemente imbarazzato e dovrà ricorrere, per concludere, al buon senso della misura, alla critica che in ogni ricerca scientifica non deve mancare.

La sifilide ereditaria è la causa più importante della morte del feto: escludiamo idramnios ed ipertrofia placentare che sono segni di certezza. Ma bisogna tener in conto i piccoli eccessi di liquido, la sproporzione fra il peso della placenta e quello del neonato. La sifilide ha importanza nei parti prematuri e gemellari con nati dell'istesso sesso e morti alla nascita. Sono sospetti di sifilide i neonati che muoiono nei primi minuti o nelle prime ore, così pure i lattanti pigri, dormienti, i distrofici, coloro che vomitano. Secondo Lesné possono dipendere anche dalla sifilide ereditaria alcune anemie con ipoglobulia e monocitosi, alcune micropoliadenie, l'ipertrofia timica, alcune vegetazioni adenoidee precoci, alcune manifestazioni articolari e sindromi endocrine: così pure certe reazioni meningee e manifestazioni nervose; la maggior parte delle sclerosi polmonari, delle malformazioni cardiache, delle epatomegalie, alcune nefriti, sarcoceli, idroceli unilaterali.

All'opposto non bisogna subito attribuire alla sifilide lo strabismo convergente, l'erosione delle unghie del Milian, la glossite esfoliatrice marginale, il diabete mellito infantile e così l'atrepsia e l'ipotrofia. Il rachitismo precoce può essere sifilitico, così le convulsioni precoci prima del quarto mese. Illogico sarebbe attribuire senz'altro il mongolismo ovvero l'asma infantile e simili. Nefriti e vomiti abituali sono spesso indipendenti dal treponema. Anche con tali esclusioni, il campo della sifilide ereditaria, resta vasto: ed occorrerà ricordarsi che oltre alla sifilide della prima generazione esiste anche la sifilide della seconda generazione. Così è utile ricordarsi che nel lattante e nel bambino non dobbiamo fondarci sulla negatività delle reazioni o sulla inefficacia della terapia specifica.

Cura della sifilide ereditaria del lattante e della prima infanzia: abbandonato è lo ioduro di potassio. Utile è l'arsenico: si iniettino i novarsenobenzoli in soluzione concentrata (da mezzo

ctg. ad un ctg. e mezzo per kgr.) nelle vene giugulari quando il bambino grida, o nelle vene epicraniche, o nel grande seno longitudinale nell'angolo posteriore della grande fontanella. Otto iniezioni, una ogni otto giorni. Anche la via dei muscoli è utile: quindici iniezioni, due per settimana. Non sorpassare 10 ctg. per kgr. Il sulfarseno e l'eparseno in soluzione acquosa si possono iniettare sotto la pelle: il primo è il più usato; da un terzo ad un ctgr. e mezzo per kgr.; tre iniezioni la settimana; dodici in tutto. Raccomandabile è l'acetilarsan sottocutaneo: otto iniezioni, una alla settimana, al massimo due ctgr. per kgr.

Lo stovarsol (uno, uno e mezzo ctgr. per kgr., 4 volte alla settimana per tre settimane); il treparsolo anche, possono darsi per bocca nel biberon, o per via rettale. Gli arsenicali somministrati per via rettale o buccale sono meno efficaci.

I bismutici possono essere adoperati per via intramuscolare da uno a uno e mezzo ctgr. di Bi una o due volte per settimana fino a dodici iniezioni. Il mercurio resta il medicamento eccellente: abbandonati sono i sali solubili perchè dolorosi, ed il cianuro di mercurio endovenoso. Gode il favore la via digestiva: non il liquore di van Swieten, irritante per il tubo digestivo, ma utile il lattato di mercurio a l'uno per mille (7-12 gocce al giorno per kgr. fino a tre mesi; 10 fino a tre anni, in tre volte) e la polvere grigia al 33 % (un ctgr., un ctgr. e mezzo per trimestre di età). Hanno partigiani anche le frizioni e i suppositori mercuriali.

Gli arsenicali sono molto ben sopportati dai bambini: il bismuto non dà ad essi gengivostomatiti, ma può provocare albuminurie, enterocoliti, vomiti, ittero, febbre, anemia, depressione. Il mercurio può dare diarrea, raramente nefriti.

Alcuni accidenti luetici con tali terapie, guariscono e presto (lesioni cutanee ed osteocondriti), altri sono arrestati (piccoli idrocefali, alcune cardiopatie, ecc.); altre manifestazioni infine sembrano refrattarie: l'epatomegalia, la grossa milza, le nefriti con edemi, le sclerosi polmonari, le retiniti, le alterazioni dentarie, il rachitismo, ecc.

In tesi generale, gli arsenicali sono indicati nelle sifilidi efflorescenti e nelle lesioni viscerali gravi dell'eredo sifilide. Nelle sifilidi ereditarie larvate potremo contentarci del Bi e dell'Hg alternati. È consigliabile cominciare con le dosi deboli e crescere col tempo. I vari autori non sono d'accordo sulla durata del trattamento: empiricamente si può dire doversi continuare il trattamento per 4 anni, 3 se l'arsenico è stato usato. Sono questioni queste però (scelta del medicamento, dosi, durata) che debbono dal pratico essere considerate caso per caso. I bambini sospetti dovranno essere sottoposti a sorveglianza rigorosa e prolungata.

Differenti sono stati i pareri dei congressisti sulla profilassi della sifilide ereditaria. Anzitutto bisogna curare il futuro marito sufficientemente (condizioni pel matrimonio: sifilide di data antica; due anni di cura se questa è stata iniziata nel periodo dell'ulcera, quattro se nel periodo secondario; cura energica e regolare; nessuna manifestazione clinica o sierologica da un anno). La moglie sarà sorvegliata e curata al primo segno: la moglie del sifilitico va curata durante la gravidanza.

R. MONTELEONE.

Sulla etiologia del granuloma anulare.

(WORONOFF e OLESSOFF. *Acta Dermato-venereologica*. Stockholm, vol. VII, fasc. I, marzo 1926).

La malattia, descritta per la prima volta da Colcott Fox nel 1895, venne designata nel 1902 da R. Crocker col nome di *granuloma anulare*, attualmente divenuto di uso comune. Il suo quadro clinico è oramai ben definito; gli AA. danno ora la descrizione di un caso, meritevole di essere segnalato, verificatosi in una giovane di 21 anni, nubile, con precedenti tubercolari nella famiglia, e che presentava delle efflorescenze eritematose anulari localizzate agli arti superiori ed inferiori (superficie estensoria del braccio destro, superficie dorsale del piede sinistro e più tardi in corrispondenza dell'articolazione tibio-astragalica destra e terzo inferiore della gamba sinistra); in tutto otto, di cui la maggior parte circoscritte da un cercine infiltrato e costituite da piccoli nodi. Nessuna alterazione nella sensibilità e nella pigmentazione, tale da poter fare pensare alla lepra, il cui bacillo del resto non era dimostrabile all'esame istologico.

Quelle fra le efflorescenze in cui non si trovarono nodi erano da ritenersi come « eritema anulare ». Già il Darier nel 1916 aveva descritto forme analoghe col nome di « eritema anulare centrifugo » o « eritema papulo circinato migratorio e cronico » che di solito evolve con una certa rapidità e non è così tenace nè così variabile nel suo decorso: nella letteratura poi troviamo descrizioni di forme pertinaci di eritemi alle quali, più di ogni altro, appartiene il così detto « erythema elevatum diutinum » di Crocker, che sarebbe già una varietà di granuloma anulare.

È probabile che la differenza fra il vero granuloma anulare ed alcune forme persistenti di eritema anulare consista non nella natura della malattia bensì nel grado di sviluppo dell'infiltrato ed il caso riferito dagli AA. in cui si osservavano forme infiltrative insieme a forme eritematose

ne sarebbe una conferma, a cui darebbero appoggio anche i risultati dell'esame istologico.

Se il quadro clinico del granuloma anulare è ormai abbastanza bene definito, l'etiologia richiede ancora nuove osservazioni. Si conoscono casi in cui furono osservate forme di passaggio fra il gr. an. e il lichen planus e Levandowski ha descritto un caso in cui coesistevano granuloma anulare e lichen planus. Ornstein peraltro in un caso analogo in cui le efflorescenze di granuloma anulare presentavano una straordinaria somiglianza col lichen planus, potè invece dimostrarne all'esame istologico la struttura tubercoloide.

Nella letteratura si trovano molti casi nei quali il granuloma anulare era combinato con tubercolidi papulo-necrotiche, mentre il Darier invece sostiene la parentela etiologica con i così detti « sarcoidi ». Da questo punto di vista il caso degli AA. è assai interessante perchè la paziente apparteneva a famiglia di tubercolosi ed essa stessa era in preda ad un processo di tubercolosi polmonare attiva e presentava all'avambraccio destro un focolaio che, clinicamente, corrispondeva al sarcoide Darier-Roussy. In questo caso dunque tanto il sarcoide come il granuloma anulare e l'eritema anulare sembrerebbero essere in diretto rapporto con l'infezione tubercolare.

V. MONTESANO.

FEGATO E VIE BILIARI.

Anatomia chirurgica della porzione iuxta-duodenale del coledoco.

(F. FUCHS. *Archiv f. klin. Chir.*, vol. 139, pag. 124, a. 1926).

Un importante problema chirurgico è quello di dominare la parte distale del coledoco, cioè quella parte che viene chiamata parte pancreatica del coledoco.

Tre sono le vie di accesso a questa porzione del coledoco.

Il primo metodo consiste nella liberazione del coledoco dalla parte dorsale senza riguardo per il parenchima pancreatico che spesso lo ricopre. Lorenz ha indicato per primo questa via dopo l'uso della mobilizzazione del duodeno secondo Kocher.

Il secondo metodo, proposto da Mac Burney e da Kocher, è la coledocotomia transduodenale, incidendo cioè la parete anteriore e posteriore del duodeno e arrivando così sulla parete ant. del coledoco.

Infine il metodo più antico, quello che ancora è seguito da molti chirurgi, consiste nel girare l'ostacolo, lasciando intatto il coledoco pancreatico e praticando le manovre necessarie attraverso una coledocotomia soprapancreatica lavorando solo nell'interno del condotto. Von Walzel, aiutandosi del suo metodo di dilatazione, propone la anastomosi sopraduodenale coledoco-duodenale.

Verte tutt'ora la discussione quale sia il metodo migliore.

È certo che la lesione del pancreas può essere causa di lesioni gravi che talvolta hanno portato a morte, talvolta anche con il quadro della necrosi pancreatica. Payr consiglia perciò, la sezione del pancreas con il cauterio; Finsterer, invece, preferisce l'anastomosi duodeno-coledocica sopraduodenale; Hochenegg considera come limite inferiore della coledocotomia il margine sup. del pancreas.

L'A. si è proposto di studiare il comportamento del coledoco pancreatico per vedere a quale metodo era da darsi la preferenza. Ha portato le sue ricerche su 50 cadaveri e ha potuto stabilire 4 diversi modi di comportamento della parte terminale del coledoco.

In un primo gruppo di casi il coledoco si pone in una doccia tra il duodeno e il pancreas; allora tanto nella via trans- che retro-duodenale è possibile di aggredirlo senza interessare il parenchima pancreatico.

Nel secondo gruppo il tessuto pancreatico si insinua posteriormente al coledoco e in tal caso sarà leso nella coledocotomia retroduodenale.

Nel terzo gruppo di casi un lembo del pancreas si insinua tra coledoco e duodeno e allora la via transduodenale dovrà necessariamente interessare il parenchima pancreatico. Per evitare questo, il Lorenz ha proposto di introdurre uno specillo attraverso il cistico o direttamente nel coledoco con una incisione sopraduodenale, e spostarlo così verso la parete duodenale. Ma ciò può riuscire solo se il connettivo pericoledocico è lasso, e d'altronde se si mobilizza tanto il duodeno da preparare anatomicamente la regione, conviene piuttosto di eseguire la coledocotomia retroduodenale.

Infine nel quarto gruppo di casi non si riesce ad aggredire il duodeno nè per la via trans- nè retro-duodenale. Ciò avviene quando il coledoco viene a trovarsi in un vero canale scavato nello spessore del pancreas, anche se, come è il caso più frequente, tale canale sia incompleto.

Ha osservato poi che il coledoco è unito lassamente al canale; vi è qualche aderenza più stretta in corrispondenza del margine sup. del pancreas dove esiste una ghiandola linfatica.

L'A. in base alle sue ricerche stabilisce così il valore dei singoli metodi:

nella coledocotomia transduodenale, appena si passa la muscolare, c'è pericolo di ledere il pancreas;

nella via retroduodenale è più facile di non ledere il pancreas, ma il metodo è molto difficile;

il metodo migliore è quello di praticare una incisione sopraduodenale quale via di accesso al coledoco iuxtaduodenale o addirittura di girare tutti gli ostacoli praticando l'anastomosi duodeno-coledocica sopraduodenale.

VALDONI.

Colecistografia mediante il metodo orale.

(KARL HERMANN. *Deutsche Mediz. Woch.*, n. 24, 11 giugno 1926).

Le ricerche di Graham e Cole hanno permesso di portare in 1ª linea il problema della colecistografia: ma la possibilità di vedere radiograficamente la cistifellea mediante l'iniezione intravenosa ha urtato praticamente talvolta nei limiti di tolleranza dell'organismo; sono state pertanto introdotte varie modificazioni al metodo: quali la diluizione della soluzione, l'iniezione di atropina prima della iniezione endovenosa (Pribram), ecc. In America Menees e Robinson hanno esperimentato il metodo orale e sono stati seguiti da vari ricercatori in Europa quali recentemente Eisler, Pribram e Hermann. Col metodo orale si impiegano capsule gelatinose al massimo di 0.50 di tetrabromo o iodofenolftaleina. Graham ha ottenuto il 75 % di risultati positivi: Herman dal 75 al 95 %.

(Per quanto i metodi orali tendano oggi a passare in 2ª linea rispetto ai metodi endovenosi semplificati e non più, almeno per la grande pratica che oggi se ne ha e per la sostituzione dello iodo al bromo, ecc., suscettibili di gravi inconvenienti, è certo che i metodi orali non sono scevri anche essi di difficoltà: essi non danno, è vero, alcun disturbo, sono semplici perchè evitano manipolazioni, ma i risultati rispetto alla immagine che si ottiene sono certo inferiori al metodo endovenoso. Però è bene ricordare che il primo tentativo di metodo orale risale a Sabatini e Milani per mezzo del bromuro di sodio in soluzione. Le difficoltà del metodo dipendono essenzialmente dalla tecnica e dal fatto che esso è troppo legato all'assorbimento individuale onde i casi bianchi — che non mancano con nessun altro metodo orale — sono presenti anche nel caso speciale. Che il metodo della somministrazione orale di bromuro sia inferiore alla somministrazione orale — introdotta successivamente — di tetraiodo o bromofenolftaleina è dubbio: Pribram che recentemente ha sottoposto a una vasta critica tutti i metodi orali portando le sue conclusioni al Congresso di Radiologia, a proposito del metodo di Sabatini e Milani, non parla affatto di risultati negativi ma dice che il metodo dà appena l'ombra della cistifellea in confronto delle belle immagini che si ottengono col metodo endovenoso: ma rispetto agli altri metodi orali e proprio a proposito del metodo riferito in questo articolo da Hermann dice che i risultati sono tali da non renderlo affatto contento. Tutto ciò contrasta con i risultati che Eisler e Hermann affermano di avere ottenuto col metodo orale alla tetraiodo: da che si può concludere che il metodo orale nelle mani dei vari sperimentatori dà risultati differenti e tanto migliori quanto più la tecnica è perfetta. La tecnica (somministrazione frazionata e non massiva della soluzione salina, ecc.) nei metodi orali giuoca buona parte del successo, ma è tuttavia doveroso riconoscere che il metodo endovenoso dà risultati migliori ed è indipendente da tutti quei fattori di assorbimento, di peristalsi, ecc. che nel metodo orale possono rendere nulla la ricerca. Ma il tentativo di cercare un metodo meno pericoloso, almeno ai suoi inizi, dell'endovenoso appare più che giustificato. — *Nota del R.*).

MILANI EUGENIO.

Sulla colecistografia.

(TOUSSAINT. *Arch. méd. belges*, n. 5, 1926).

L'A. ha impiegato il metodo orale di Sabatini-Milani e il metodo endovenoso alla tetraiodofenolftaleina. Nel metodo orale ha impiegato il bromuro a dose massiva invece delle dosi refratte somministrando 20 gr. di bromuro in 100 di acqua tutto insieme come non conviene più praticare perchè è logica l'eliminazione rapida per l'intestino di una soluzione salina in paziente digiuno.

Il confronto dei due metodi dà necessariamente (per le considerazioni esposte a commento delle ricerche di Hermann) un vantaggio a favore del metodo endovenoso rispetto al metodo orale il quale tuttavia — nonostante la tecnica poco precisa — non ha dato risultati negativi ma ombre che l'A. afferma poco precise.

MILANI EUGENIO.

Contributo allo studio degli edemi di origine epatica.

(VILLARET, H. BERNARD e BIANCANI. *Paris Médical*, ottobre 1925).

Gli AA. osservano che la patogenesi delle idropisie verificabili in modo duraturo (ascite dei cirrotici), o transitorio (edemi nella crisi calcolosa) nelle malattie del fegato se è facile a discernere in alcuni casi, in altri sfugge.

L'ascite della cirrosi atrofica indiscutibilmente dipende da causa meccanica, tuttavia questa spiegazione non ha valore per quei rari casi nei quali l'ascite si sviluppa rapidamente in volume enorme, all'infuori di qualsiasi pileflebite. D'altra parte sperimentalmente si sa che l'obliterazione lenta

della vena-porta non dà luogo a versamento peritoneale. Senza rinunziare alla spiegazione meccanica dell'ascite, bisogna ammettere vicino ad essa l'intervento di altri fattori: vaso dilatazione neuro paralitica (Potain), irritazione od infezione peritoneale (Rendu-Dieulafoy), disturbi degli scambi osmotici (Achard, Paisseau, Widal, Froin, Digue, Labbé).

Gli edemi degli arti inferiori sono un fatto frequente nel corso della cirrosi: si accompagnano in genere ad asciti voluminose ed in rapporto evidente con il versamento: è un fatto dagli AA. dimostrato che consecutivamente all'evacuazione di un'ascite copiosa l'indice refrattometrico del sangue cade bruscamente. Questa caduta non è in rapporto ad una parallela caduta dei globuli rossi, nè ad un impoverimento del sangue in albumina in seguito al riformarsi delle prime quantità del liquido ascitico. La diluizione si spiega con il fatto che subito dopo la puntura le condizioni circolatorie si trovano modificate in quanto gli edemi affluiscono nella circolazione sanguigna ed è a loro spese che si ricostituisce l'ascite. Ora quale può essere il meccanismo di produzione degli edemi degli arti inferiori? La prima idea si rivolge alla meccanica. Trousseau invocava l'ipertensione del sistema venoso portale accessorio, Murchinson la compressione della vena cava inferiore nel solco posteriore del fegato. Lemierre e Levesque invocano di nuovo l'influenza dell'ipertensione portale sulla circolazione cava. Ma si vedono asciti enormi senza edemi delle gambe, piccole asciti con edemi, edemi precedere asciti, per spiegare i quali si trovarono flebiti della vena cava inferiore secondarie alla infiammazione della capsula di Glisson, ovvero meteorismi addominali ostacolanti la circolazione. Ma vi è dell'altro.

Edemi indipendenti dall'ascite, anasarchi in epatici non sono rari negli epatici siano cirrotici siano ascessi, siano litiasi. Simili edemi portano a prognosi riservata per i sintomi di insufficienza epatica che essi presentano. E perchè attribuire questi edemi al rene, al cuore, alla cachessia terminale, e non all'insufficienza epatica di per sè? Di già Conheim aveva pensato a veleni che partiti dal fegato ledevano le pareti dei capillari che venivano resi permeabili; Hanot diceva che vi è un edema epatico come vi è un edema renale. Queste sono ipotesi, ma le esperienze recenti del Roger vengono in appoggio: prodotti autolitici del fegato malato sono dotati di azione inibitrice sull'escrezione dell'acqua dai reni. La maniera di agire sarebbe differente: inibizione dell'escrezione acquosa, perturbazione dell'equilibrio acido base e salino, modificazione del coefficiente lipocitico; questi differenti fattori modificano l'idrofilia colloidale, cioè il potere che hanno gli umori ed i tessuti di assorbire e di ritenere l'acqua, altra volta potere detto di imbibizione. L'aumento dell'idrofilia colloidale, tissurale ed umorale, interviene certamente nel meccanismo di un buon numero di edemi epatici la cui patogenesi ancora oscura dovrà beneficiare delle acqusizioni recenti nel dominio della fisico chimica colloidale.

MONTELEONE.

IGIENE.

Modi eccezionali di trasmissione della rabbia.

(G. PERGHER. *Annali di Igiene*, giugno 1926).

La trasmissione della rabbia viene operata generalmente da animali che si trovano nel periodo di stato della malattia, mediante la morsicatura od il contatto diretto della saliva su ferite o sulle mucose. Tale trasmissione può farsi anche 8-10 giorni prima della comparsa dei sintomi classici della rabbia. Prima di tale periodo, il virus rabico localizzato nel sistema nervoso non viene eliminato per la saliva (rabbia chiusa), mentre negli ultimi 8-10 giorni e nel periodo di stato, si avrebbe la eliminazione salivare (rabbia aperta).

Le moderne osservazioni però dimostrano che la trasmissione può avvenire anche in altri periodi ed in altri modi, come risulta da questo pregevole studio sull'argomento.

Interessante è anzitutto la *rabbia congenita*, la quale nella pratica si può osservare in diverse evenienze e cioè: 1) nei feti ancora nell'utero od abortivi da madri morte per rabbia; 2) nei neonati vitali, partoriti allorchè la madre sta per soccombere alla malattia; 3) nei neonati partoriti da madri che hanno la rabbia in incubazione.

In questi casi è il virus circolante che viene trasmesso; esso non si moltiplicherebbe nel torrente circolatorio, ma sarebbe semplicemente trasportato, dando una microboemia e può trovarsi nel sangue non soltanto durante la malattia od al termine del periodo d'incubazione, ma altresì durante quegli accessi febbrili ricorrenti che possono manifestarsi durante tutto il periodo d'incubazione, noti col nome di febbre premonitoria. In tal modo, *la trasmissione può avvenire anche settimane e mesi prima che la madre ammali o muoia di rabbia.*

Vi sono poi casi di rabbia così detta spontanea che hanno origine in un'infezione contratta nei primi giorni di vita, per mezzo della saliva o del latte della madre. Tale modo di trasmissione non è però sicuro nè costante, tanto che si cita il caso di una donna che allattò il proprio bambino fino al giorno in cui essa morì di rabbia ed il bambi-

no sopravvisse, sebbene il latte materno inoculato nel cervello di animali da esperimento avesse prodotto la rabbia.

Di grande importanza dal punto di vista pratico è anche la *rabbia ricorrente*, che si manifesta non solo nell'infezione sperimentale, ma anche in quella naturale. Gli animali, cioè, sono colti da accessi improvvisi di irritazione, durante i quali la morsicatura comunica l'infezione e riprendono poi l'aspetto normale, salvo a riavere altri accessi ed a finire poi per rabbia conclamata. Si cita così il caso di un cane il quale morsicò un vitello e, dopo due settimane, un fanciullo ed il padre di questo; il suo aspetto ridivenne normale, ma cinque settimane più tardi morsicò una donna e, due settimane dopo, un'altra. Tre giorni dopo quest'ultimo episodio, il cane morì di rabbia e di rabbia morirono anche il vitello morsicato 70 giorni prima ed il bambino morsicato 55 giorni prima.

L'esistenza della rabbia ricorrente va sempre tenuta presente e, quando la si sospetti in seguito a particolari atteggiamenti e cambiamenti di carattere dell'animale morsicatore, le persone morsicate vanno sottoposte a vaccinazioni, anche se il cane si ristabilisce e non va soggetto alla rabbia conclamata nei 10-15 giorni successivi. Da ciò quindi la necessità di raccogliere delle anamnesi molto esatte in tutti i casi di morsicature e di esonerare dalla vaccinazione soltanto quei casi in cui l'animale risulti completamente normale anche nel carattere.

Questi accessi di rabbia ricorrente (osservati anche nell'uomo) debbono essere attribuiti a *rabbia periferica*. È noto, di fatto, che il virus rabico nel suo tragitto periferico può determinare dei sintomi morbosi (febbre, dolori lancinanti, diminuzione della forza muscolare, insonnia, disappetenza, malessere) i quali possono dileguarsi, anche per non più ricomparire. È per questa forma di rabbia che si può parlare di guarigione, come è stato osservato anche per l'uomo; invece la rabbia umana conclamata, giunta al periodo dell'aero- ed idrofobia, non guarisce.

L'esistenza di questi periodi di rabbia periferica va tenuta presente, sia dal punto di vista prognostico, per la possibilità di guarigione, sia perchè (come dimostrano i casi di rabbia ricorrente) *l'eliminazione salivare del virus può avverarsi anche prima dell'esplosione dei sintomi centrali*. Connessa con questa osservazione è quella dei portatori del virus rabico. Si ammette generalmente che l'eliminazione salivare del virus rabico possa avvenire fino a 14 giorni prima della comparsa dei sintomi rabbiosi. Ma, dal momento che il virus può circolare nel sangue parecchi mesi prima della morte (come dimostra l'esistenza della rabbia congenita) e può dare gli accessi ricorrenti già citati, si deve ammettere l'esistenza di *portatori precoci* ben al di là dei 14 giorni.

Nella rabbia sperimentale esistono anche portatori tardivi, in cui la saliva può rimanere virulenta, anche per diversi giorni dopo la scomparsa dei sintomi acuti in animali sopravvissuti alla malattia.

Non risulta invece che esistano *portatori sani* di virus rabico.

Le conclusioni che si possono trarre da tale studio hanno grande importanza pratica, poichè si dimostra anzitutto che non è sufficiente, per le indicazioni della vaccinazione antirabica, di attenersi all'osservazione del grossolano stato di salute del cane nei 10 giorni che seguono la morsicatura ed al criterio che il cane infettante è destinato a morire di rabbia dopo un breve periodo.

Anche in tal caso, come sempre nei problemi biologici e clinici, il criterio assiomatico deve cedere a quello di avvedutezza personale. In tutti i casi di morsicatura, si deve fare un'accurata anamnesi dell'animale morsicatore, remota e recente che, unitamente all'osservazione del cane eseguita con occhio esperto, ci potrà dare gli elementi per un coscienzioso giudizio.

fil.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MAGNÉ. *Maladies de la bouche*. Baillière et fils. Paris, 1924.

È il VII fascicolo di un trattato di stomatologia pubblicato sotto la direzione di Gaillard e Magné. In questo volume di 470 pagine è esposta dapprima la semeiologia della bocca, poi diffusamente sono trattate le varie malattie delle labbra, della cavità boccale: gengivostomatiti, tubercolosi, sifilide boccale, leucoplasia, ecc., infine le malattie della lingua.

Mancano soltanto i tumori, che forse verranno studiati in un volume successivo, dedicato alle malattie chirurgiche della bocca e dei mascellari.

G. MATRONOLA.

F. NIDERGANG. *Les maladies de la bouche en clientèle*. N. Maloine, éd. Frs. 12.

La biblioteca del pratico « Comment guérir » si arricchisce di un nuovo contributo. Le malattie della bocca non possono essere lasciate senz'altro allo specialista: la bocca è via d'ingresso, è localizzazione di malattie particolari, è la sede di segni importantissimi di malattie generali, che sono di competenza del medico generale, che devono essere riconosciute, esattamente apprezzate, cura-

te. Lo studio delle affezioni è diviso per regioni (labbra, gengive, palato, annessi della bocca); alla enumerazione e ad una brevissima schematica descrizione segue l'indicazione curativa medica e chirurgica. Questa trattazione, senza divisioni medica e chirurgica, adottata dai comuni testi di patologia, è certo un vantaggio per il pratico.

T. P.

B. STEINER. *Praktikum der zahnärztlichen Chirurgie.* Vol. in-8º, pag. 198. Urban e Schwarzenberg ed., Berlino-Vienna, 1926. R. M. 9.

Il libro, riccamente illustrato, si occupa specialmente della terapia e dei dettagli di tecnica. Con grande chiarezza troviamo esposti i diversi metodi dell'anestesia locale, le manualità per l'estrazione di denti e radici. Altri capitoli sono dedicati alle affezioni flogistiche e alle malformazioni dei mascellari.

L'A. nel suo lavoro rispecchia le idee dell'a scuola viennese. Il libro, che completa modernamente i grandi trattati, sarà utile per chi incomincia e per chi ha già studiato e vuole ricordare rapidamente.

VALDONI.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società di Medicina Legale di Roma.

Seduta del 23 luglio 1926.

Presidenza: prof. S. OTTOLENGHI, presidente.

Soci presenti: prof. Diez, dottori Massari, Arbore, Jannoni, avv. Toscano.

Contributo alla micologia cadaverica.

Dott. MASSARI. — Ad avvalorare l'importanza del reperto di muffe sul cadavere, specie per quanto riguarda la cronologia della morte, importanza messa in rilievo nella comunicazione sul medesimo argomento fatta in una precedente seduta della Società dal prof. S. Ottolenghi, l'O. riferisce il caso di un cadavere, alla cui esumazione ha assistito, il quale era conservato in una cassa di «castagno». L'esame praticato circa 14 giorni dopo la morte aveva dimostrato la presenza sulla faccia del cadavere e precisamente intorno alle aperture nasali di una abbondante massa biancastra, già macroscopicamente riconoscibile per ammasso miceliare, che l'esame microscopico confermò essere costituito da una muffa del genere «penicillum».

Il caso farebbe intravedere come il limite minimo di comparsa delle muffe potrebbe ridursi a 12-15 giorni dalla morte. Non esclude però l'O. che tale fatto possa essere stato influenzato dal legno di castagno col quale era stata costruita la cassa, legno che, come sappiamo, è molto atto ad assorbire l'umidità ed a favorire quindi lo sviluppo delle muffe.

Sulla valutazione del cosidetto danno potenziale in infortunistica.

Prof. S. DIEZ. — L'O. espone gli argomenti per cui ritiene che il cosidetto danno potenziale in infortunistica debba essere indennizzato finchè nella legislazione è mantenuto il principio dell'indennizzo «à forfait» e della revisione limitata a due anni.

Ritiene che la legge, sia nel suo significato letterale, che nello spirito generale di protezione dell'operaio che la informa, non si oppone alla valutazione di un simile danno.

Ragioni cliniche poi, in contrasto al parere di altri autori, fra cui il Carrara, rendono indispensabile che il perito, di fronte a stati morbosi che potenzialmente hanno in loro la capacità di produrre esiti che riducano la capacità lavorativa, pur non essendo essi manifesti all'epoca del giudizio, tenga conto, in base all'esperienza propria e dottrinale, nonchè alla personalità del soggetto, della qualità e gravità delle complicazioni che possono derivarne, e del grado di probabilità della loro realizzazione, onde pervenire ad un equo risarcimento in base a tali criteri.

I caratteri sessuali secondari nel tipo cranico facciale di alcune opere di Leonardo.

Prof. S. OTTOLENGHI. — L'O. dalle osservazioni di due quadri di Leonardo da Vinci: il S. Giovannino e la Madonna, S. Anna ed il Bambino, ha osservato che il S. Giovannino sia stato rappresentato con una testa con caratteri morfologici femminili ed espressione sessuale, caratteri morfologici che si ripetono quasi identici con altra espressione nella testa con la quale, nell'altro quadro, è rappresentata S. Anna.

Questa somiglianza, quasi identità, di caratteri mette in evidenza due fatti abbastanza interessanti, cioè che Leonardo ha rappresentato con caratteri femminili il S. Giovannino e che in due opere riguardanti soggetti completamente diversi si è servito dello stesso tipo artistico.

Pertanto l'osservazione può servire a penetrare nel subconscio dell'artista.

Prof. S. OTTOLENGHI. — *Alcuni crani anomali di recenti scavi.*

G. S. I.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 22 gennaio 1926.

Presiede il prof. GUSTAVO MODENA.

Dott. GEREMIA FUÀ. — Illustra lo Statuto generale della Sezione della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. Si costituisce la Sezione e si nomina il Comitato.

Di un nuovo caso di actinomicosi primitiva della pelle.

Prof. GOFFREDO SORRENTINO. — La lesione occupa la regione del ginocchio destro e della coscia terzo inferiore. L'infiltrazione massiva di tutti i tessuti molli, ricorda l'aspetto del sarcoide ipodermico massivo fibroso di Gangerat e Deseaux.

Alla periferia della lesione — verso il terzo medio e superiore alla coscia, si palpano varie infiltrazioni profonde ganglioidi, di durezza cartilaginea — sulle quali la cute è di colorito normale.

Una di esse sta guadagnando la superficie, la pelle soprastante è infiltrata e violacea e presenta una vegetazione framboesioide, in corrispondenza di un piccolo sbocco fistoloso.

Esame bacteriioscopico positivo per *oospera bovis*.

Cura: Elioterapia intensa. Röntgenterapia. Iniezioni endofistolose di soluzione iodo-iodurata, secondo Lugol. Per bocca, ioduro di potassio ad alte dosi. Le lesioni tendono a migliorare molto lentamente.

Linfangite reticolare a tendenza iperplastica-pseudo-elefantiasica del prolabio superiore e della metà interna del viso, e varici linfatiche-secondarie a rinite biogenica recidivante.

Dott. G. SORRENTINO. — L'O. riferisce su di un caso di linfangite reticolare diffusa, subacuta a *poussées* successive, localizzata al prolabio superiore e alla regione naso-geniena sinistra osservata in una bambina linfatica di quattro anni e mezzo, con pelle fine e marezzata, tonsille leggermente arrossate e tumide, micropoli-adenie, iridi celesti.

Tutte queste lesioni devono essere interpretate come espressioni di reattività e di fissazione smussate-lasse, comandate dal terreno adinamico dei linfo-strumosi.

Cura. — Disinfezione endo-nasale con soluzione di nitrato d'argento al 4 % e applicazioni di pomata al precipitato bianco 5 %.

Sulle zone pseudo-elefantiasiche impacchi caldi con soluzione acquosa di resorcina 1 %. Per bocca olio fegato merluzzo alternato con composti iodotannici.

Vita alla grande aria. Alimentazione assai ricca di vitamine. Guarigione.

Le perforazioni pleuro-polmonari nel pneumotorace artificiale.

Dott. FRANCO RUSSI. — Illustra un caso personale di pneumotorace spontaneo parziale con enfisema mediastinico e sottocutaneo da perforazione del polmone per mezzo dell'ago in un primo vano tentativo di pneumotorace terapeutico. Consiglia quindi di seguire tutti quegli accorgimenti di tecnica che servono a schivare le lacerazioni del polmone e di non infiggere mai l'ago in zone dove si abbia il sospetto che il sottostante parenchima sia preso da un processo infiltrativo o di sclerosi che ne diminuisca la normale elasticità.

Una nuova cura della pertosse.

Dott. GENNARO SCIARRETTA. — Dopo di avere sommariamente trattato delle cure usate finora per combattere la tosse convulsiva, ha messo in evidenza la importanza terapeutica dei lipoidi biliari e specialmente della colesterina. Sostenendo la tesi dell'alto valore antitossico della colesterina, ha trattato anche del probabile meccanismo di azione di essa nell'organismo, ed ha illustrato alcuni casi di rapida guarigione, ottenuti con la colesterinoterapia, nella pertosse.

Ricerche istologiche e istochimiche in un glioma dell'emisfero destro.

Dott. SALVATORE MANTERO. — Il glioma, oggetto del presente studio, aveva determinato la morte in un uomo di 61 anni, che per cica due anni aveva sofferto indebolimento visivo, emiparesi sinistra, convulsioni tonico-cloniche accessionali, atassia, torpore psichico: ne illustra i caratteri anatomici.

Prof. MONTANARI, *segretario.*

Società Medico Chirurgica Bergamasca.

Seduta del 20 giugno 1926.

Presidente: prof. LUGIATO.

Nuovi orientamenti della terapia della paralisi progressiva.

Prof. LUGIATO. — Si sofferma in modo speciale sulla cura della paralisi progressiva mediante l'infezione malarica ed espone i risultati complessivi ottenuti dai ricercatori di tutti i paesi ed anche alcuni casi trattati con la malaria nell'Ospedale Psichiatrico di Bergamo.

Conclude poi dicendo che questi risultati, anche se non possono condurre ad una sicura conclusione, sono però tali da incoraggiare gli studiosi a persistere su questo ordine di ricerche; invita alla fine i medici presenti a cercare di fare la diagnosi della malattia quanto più precocemente è possibile, per poter appunto sottoporre i paralitici alla cura malarica nel momento più propizio per isperare in un utile risultato.

Indirizzi teorici e risultati pratici dell'opoterapia ovarica.

Dott. G. MORETTI. — L'O. analizza le forme morbose per le quali viene consigliata da AA. diversi la terapia ovarica; mette in rilievo, per alcune forme ginecologiche, l'ipotetico meccanismo di azione e passa poi ad un obiettivo esame critico sia dei vantati successi, come dei tanti dichiarati insuccessi, imputabili spesso ad incompleta ed imprecisa conoscenza caso per caso, del quadro somatico e dello stato delle correlazioni in particolare. S.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

La diagnosi del cancro del retto.

Numerosi sono gli infermi che si lamentano di perdite sanguigne dall'ano e di feci liquide e ripetute, e che, curati per mesi quali emorroidari od enterocolitici, giungono al chirurgo in periodo di malattia avanzato, mentre un semplice esame diretto avrebbe fatto riconoscere un tumore del retto. Analizziamo i sintomi di questo.

L'emorragia (Henri Harmann, *La Presse médicale*, n. 3, 1926), negli emorroidari in genere segue la defecazione: il sangue rosso cola dalle escoriazioni anali e per la contrazione dello sfintere ricopre le feci. Al contrario nel cancro il sangue fluisce nel retto e precede frequentemente le materie fecali, può alterarsi nel suo colore, può accumularsi nel retto dando luogo a defecazione sanguinolenta senza materie fecali.

Una diarrea cronica, ribelle, in infermo cinquantenne, deve far pensare al cancro: spesso non vi è diarrea, ma falsa diarrea con deposizione di materiale non fecale. Al cancro deve anche il medico pensare allorchè coesistano fasi di stipsi alternate con fasi di diarrea: attenzione agli infermi i quali con l'alvo fino ad allora regolare, si lagnano di stipsi. In tutti questi casi è doverosa l'esplorazione rettale: è superflua la proctoscopia e molte volte anche la biopsia; è più che sufficiente l'esplorazione digitale. La stessa radioscopia, utile nel cancro pelvico, non presenta alcun interesse nel cancro rettale.

L'esplorazione digitale ha capitale importanza: permette non solo di far la diagnosi di cancro, ma di apprezzare i limiti, la mobilità. Ed il chirurgo a questa mobilità tiene molto, non ad altro: un cancro mobile, qualunque sia l'estensione, si può curare, un cancro fisso no. Per l'esplorazione digitale, l'infermo va posto sul dorso, son i pugni collocati sotto le natiche per elevare la pelvi. Il medico si deve porre a destra, introdurre l'indice, lubrificato, nel canale anale, e poi nel retto, dolcemente: la mano sinistra nel medesimo tempo, applicata sopra la parete addominale, permette la esplorazione totale del retto.

Non c'è dubbio se si riscontra una ulcerazione, con centro irregolare, incavato, generalmente vegetante, con bordi induriti, facilmente sanguinanti. Talora la massa è vegetante, in casi rari esiste una specie di invaginazione che fa comparire nel retto una specie di collo uterino canceroso. La esistenza di parti indurite e friabili permette la distinzione dalle stenosi infiammatorie. Si può andare incontro ad errori se l'esplorazione si compie con il dito ricoperto dal guanto. La rigidità, la secchezza della mucosa, permette la diagnosi di rettite stenosante, specie se esistono condilomi perianali. Più semplice è la diagnosi dei polipi, tumori peduncolati, non friabili.

MONT.

I raggi X nella diagnosi di ulcera gastrica perforata.

L'aria libera nella cavità peritoneale è stata considerata da tempo come un segno importante per la diagnosi delle perforazioni delle vie gastrointestinali, ma tale segno non viene comunemente utilizzato soprattutto per l'incertezza con cui la sua presenza poteva venire accertata per mezzo della percussione, specialmente se si trovava in piccolo volume.

R. T. Vaughan e W. A. Brams (*Amer. Journ. med. Assoc.*, vol. 85, n. 24) hanno potuto stabilire che l'aria libera nella cavità peritoneale è patognomonica di una perforazione gastrointestinale; essa è stata riscontrata all'esame fluoroscopico nell'86,2 per cento di una serie di 29 casi sicuramente diagnosticati per perforazione acuta di ulcera gastrica o duodenale. L'aria si scorge bene all'esame fluoroscopico senza alcuna preparazione e senza uso di pappa di contrasto. Tale segno appare nei primi stadi della perforazione; in uno dei casi degli AA. era presente già dopo due ore dall'inizio.

Essa si riconosce per l'esistenza di una zona a forma di falce che si muove liberamente fra i visceri e la parete addominale oppure fra il diaframma e la superficie superiore del fegato. L'aria cambia posizione a seconda dei movimenti del paziente.

L'esame è agevole e non provoca disturbi nè sensazioni penose al paziente; le informazioni che se ne possono avere meritano bene i pochi minuti che sono necessari per l'esame.

Tale segno non deve essere considerato come un sostituto dei procedimenti diagnostici abituali in questi casi, in quanto che la diagnosi si fa di solito con l'anamnesi e l'esame fisico. Ma esso può essere aggiunto all'armamentario diagnostico dell'ulcera gastrica o duodenale perforata, poichè va considerato come patognomonico. *fil.*

L'esame del retto nella pratica generale.

Ch. Goldman (*American medicine*, febbr. 1926) fa notare che se il medico pratico conoscesse con quanta facilità può farsi un esame rettale e considerasse le importanti nozioni per la diagnosi che da tale esame possono ricavarsi, ricorrerebbe

ad esso molto più spesso includendolo fra gli esami fisici abituali.

È consigliabile di non far prendere purganti. Il paziente deve stare in posizione genupettorale, sebbene alcuni preferiscono la posizione di Sims; nella prima però si ha la dilatazione del retto per mezzo dell'aria, mentre è abolita ogni pressione degli organi addominali sul retto.

Si esamineranno dapprima la regione anale e le circonvicine; vi si possono trovare: eczema, ragadi, scoloramenti, pelle cornea, pigmentata o inspessita, scoli, fistole, protrusioni. Si introduce poi delicatamente il dito, ricoperto di guanto di gomma e ben lubrificato con vaselina, nel retto, evitando ogni manovra brusca che sarebbe assai dolorosa nel caso di ragade. Passato lo sfintere, si palpa in alto ed in addietro verso il sacro; si può così apprezzare la resistenza degli sfinteri, la presenza di feci, di corpi estranei, di tumori, di stenosi, di prolasso, di ulcerazioni profonde.

Si passa poi all'introduzione dell'ano- o proctoscopio che talvolta può anche essere superfluo. Prima però si deve vuotare il retto ed il sigma con un clistere di acqua calda, o consigliare di prendere un purgante. Con il semplice proctoscopio, uno specchio frontale ed una lampadina elettrica, si possono esaminare bene i 10-12 centimetri inferiori del retto.

Lo strumento deve essere riscaldato e lubrificato; lo si preme delicatamente contro lo sfintere esterno e, passato l'ano, gli si dà una direzione leggermente all'avanti. Si introduce poi lo specchio, evitando ogni trauma della mucosa specialmente per la pressione della parete rettale contro il sacro. Introdotto così per tutta la lunghezza (10-12 cm.) lo si ritira adagio, ispezionando le pareti rettali da tutti i lati. Non è necessario che il pratico generale faccia la diagnosi di tutte le lesioni che vede; basta che possa conoscere quelle più comuni, lasciando la diagnosi delle altre allo specialista.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Setticemia da B. perfringes.

Fra i bacilli anaerobi settici, il B. perfringens era ritenuto il meno virulento; l'esperienza della guerra però gli ha dato l'importanza che in realtà gli spetta dimostrandone la frequenza nei focolai gangrenosi che succedono a gravi traumatismi con schiacciamento dei tessuti che, con lo *shock* nervoso e le emorragie, è essenzialmente favorevole alla rapida pullulazione del bacillo che, poche ore dopo la ferita vi si trova sviluppato abbondantemente.

In tempo di pace l'infezione da B. perfringens si osserva particolarmente nelle infezioni uterine consecutive a tentativi di aborto criminale. Il bacillo può poi invadere il sangue, sebbene questo non sia un mezzo favorevole per lo sviluppo di un germe anaerobio; anzi si può dire che la stessa invasione del sangue da parte del B. perfringens dimostra la disfatta organica ed è il segno premonitorio dell'esito fatale.

In qualche caso la porta d'entrata può essere un'altra; si citano così casi di setticemie da perfringens consecutive a tifoidi a colelitiasi a cancro dell'esofago e persino ad iniezioni di caffeina.

Il perfringens poi può: 1) restare localizzato nel focolaio settico nei casi di virulenza media; 2) fare delle semplici incursioni sanguigne transitorie (batteriemia); 3) provocare una setticemia ad evoluzione fulminea e ad esito mortale.

Molti dei sintomi che si rilevano in tale malattia dipendono più dallo stato tossiemico che dalla setticemia; tale è, p. es., la polipnea rapida e superficiale o tipo respiratorio di Kussmaul. Caratteristica della setticemia da perfringens sarebbe invece l'ittero generalizzato più o meno intenso che si osserva non tanto nelle setticemie consecutive a ferite quanto nelle donne affette da setticemia puerperale. È tale ittero che dà a tale malattia la fisonomia caratteristica.

P. Teissier (*Le Bulletin médical*, 31 luglio 1926) distingue in essa tre gradi: 1) l'aborto febbrile acuto, in cui le malate hanno ritenzione placentare più o meno completa; l'intervento fa cessare la febbre e la batteriemia, dapprima positiva, diventa negativa; 2) la febbre e la batteriemia persistono dopo l'intervento ed è anche possibile la morte; in un caso di questo genere è stato osservato l'ittero emolitico; 3) la setticemia puerperale anaerobica iperacuta che riveste un aspetto particolare per l'azione potentemente emolitica del perfringens, donde si ha una speciale colorazione della pelle a cui segue l'ittero.

I casi dell'ultima categoria terminano quasi sempre con la morte. Tuttavia sono citate delle guarigioni in individui affetti da setticemia da perfringens, mediante il siero specifico. Sarà quindi da tentare anche questa terapia, sia per iniezioni come per applicazioni locali. L'A. però è del parere che anzitutto si debba pensare all'intervento chirurgico.

Le setticemie da perfringens sono notevolmente aumentate dopo la guerra probabilmente perchè il germe ha subito un'esaltazione nella sua virulenza.

fil.

Un caso di meningite da melitense.

Desage, Pellebin e Vinerta (*Soc. Méd. des Hôp.*, n. 19, giugno 1926) portano un nuovo contributo alla meningite di natura melitense.

Tale forma è poco conosciuta, e di difficile diagnosi, sopratutto in rapporto alla meningite tubercolare.

S'era descritta come reazione specifica di tale meningite una mononucleosi con iperglicorrachia.

Gli AA. negano la presenza dell'iperglicorrachia, nel mentre che si fermano sulla mononucleosi, sempre presente, e la presenza del melitense nella cultura del liquido cerebro-spinale.

La febbre di malta, dopo un periodo di febbre oscillatoria, può localizzarsi in una parte qualsiasi del corpo, determinando algie, artralgie, e più raramente meningite, con violenti cefalee.

L'andamento torpido di questa forma, senza febbre, con forte cefalea, talora con diplopia, leggero Kernig e qualche giorno di vomito, la fanno difficilmente differenziare dalla forma tubercolare. L'unica indagine per accertarne la natura è, oltre la mononucleosi (70 %), la cultura del liquido cefalo-rachidiano. Nè la sierodiagnosi per la melitense negativa deve far scartare l'ipotesi diagnostica di meningite da melitense.

I segni caratteristici di tale affezione sono: una forte cefalea, la diplopia, la tachicardia. Le reazioni biologiche sono identiche a quelle della meningite tubercolare (mononucleosi, iperalbuminosi, diminuzione dello zucchero e dei cloruri).

La sola differenza consiste nella cultura, la quale mette in evidenza il melitense.

Gli AA. riportano un caso in cui era stata fatta la diagnosi di meningite tubercolare, e che la cultura del liquido cefalo-rachidiano dette esito in un cocco da melitense.

La cura con vaccino antimelitense e con autovaccino guarì del tutto l'inferma.

CARUSI.

Le manifestazioni cardio-vascolari nella scarlattina.

La scarlattina è stata a lungo considerata come la malattia che, dopo la corea ed il reumatismo, dava le più frequenti lesioni cardiache. In realtà però, come osserva P. Cochez (*Le Bulletin médical*, 31 luglio 1926), se i disturbi funzionali (tachicardia e soffi extracardiaci) sono frequenti nel corso di tale malattia, sono invece eccezionali le lesioni delle sierose e del miocardio. Nello studio delle lesioni viscerali della scarlattina si ha inoltre la difficoltà di decidere quale è la parte dovuta al virus scarlattinoso stesso e quale invece è dovuta ai germi d'infezione secondaria, particolarmente allo streptococco.

Disturbi funzionali. Vi appartengono:

1) La *tachicardia*, che raggiunge i 130-140 nell'adulto ed i 160 nel bambino. È assai variabile senza causa apprezzabile, diminuisce con l'abbassarsi della febbre e non ha alcun valore pronostico. In qualche caso l'accelerazione diventa estrema e si accompagna ad ipotensione arteriosa, dispnea, ipertermia, nelle forme maligne ipertossiche;

2) La *bradicardia* è stata trovata 17 volte su 270 casi; è più frequente nel periodo di eruzione, alla fine di quello febbrile; oscilla fra 56 e 60, ma può raggiungere 48-42. Si accompagna a pressione bassa ed è transitoria ed instabile. È una bradicardia totale senza dissociazione auricolo-ventricolare;

3) Il *ritmo fetale* è una conseguenza della tachicardia e non ha generalmente prognosi severa, scomparendo con la tachicardia. Si associa spesso a sdoppiamento del secondo tono;

4) Le *aritmie*, di cui la più frequente è quella respiratoria, mentre è eccezionale, specialmente nel bambino, quella extrasistolica. È quasi sempre isolata e può preesistere alla scarlattina. Non ha nessun valore pronostico, non indicando nessuna lesione miocardica. L'aritmia completa si osserva soltanto nel periodo agonico;

5) I *soffi extracardiaci*. La grande frequenza di questi soffi è funzione dell'accelerazione del ritmo. Sono quasi sempre sistolici e solo eccezionalmente diastolici; talvolta si sentono alla punta ed anche all'orificio delle polmonari. In certe condizioni perdono la caratteristica di soffio e prendono un timbro secco che dà l'impressione di un rumore di galoppo. Possono dar luogo ad errori diagnostici.

La pressione arteriosa. Subisce un abbassamento che, di solito, è precoce e non ha valore pronostico. L'abbassamento si accentua con la comparsa di complicazioni, quali angina, otite, albuminuria leggera; invece nella nefrite tardiva con albuminuria abbondante, la pressione può salire di 2 3 cm. di Hg. Le ricerche di R. Doria mostrano che le due curve Mx e Mn rimangono parallele durante tutta l'evoluzione; una ipotensione brusca deve far temere una complicazione cardiaca.

Le lesioni cardiache:

1) La *pericardite*. Clinicamente è rara (0,12 %) di solito secca e guarisce senza conseguenze. Talvolta però all'autopsia si trovano tracce di pericardite che era rimasta clinicamente latente;

2) L'*endocardite*. I pareri sulla sua frequenza sono discordi. Si ha, generalmente verso il 15° giorno, preceduta da complicazioni d'infezione secondaria (angine, otite, adenite). Fra i sintomi gravi della settico-piemia streptococcica, la localizzazione cardiaca passa il più spesso inavver-

tita, in quanto che i segni cardiaci, salvo la tachicardia intensa, mancano del tutto. Si ha anche un'endocardite non infettante che sarebbe dovuta al virus scarlattinoso, ma l'esistenza di questa forma sembra assai dubbia, tanto più che la diagnosi è stata fatta il più delle volte sulla sola presenza di un soffio che è per lo più extracardiaco;

3) La *miocardite* sembra abbastanza rara e la maggior parte dei disturbi della sindrome miocarditica che si osserva nelle forme gravi sarebbe invece da attribuirsi a lesioni surrenali.

Anche nelle nefriti scarlattinose possono aversi disturbi cardiaci, consistenti generalmente nella dilatazione delle cavità destre con rumore di galoppo destro; si osservano specialmente negli individui con anasarca ed edema polmonare e con il cuore in stato di meiopragia.

In complesso dunque nella scarlattina, i disturbi funzionali cardiaci sono quasi costanti all'inizio e nel decorso, ma invece sono eccezionali le lesioni che possono gravare sull'avvenire dello scarlattinoso. *fil.*

Comparsa di suppurazioni durante la malaria.

O. Weselko (*Riv. di Malariologia*, 1926, n. 3) rileva che, nei malarici, traumatismi lievi ed incruenti possono determinare suppurazioni gravissime. Ne riporta 8 casi, accertati durante un anno nella Stazione Antimalarica di Scardano (Jugoslavia), da lui diretta, e ne descrive uno ad esito letale, in donna gestante che presentava malaria subterzana e in cui venne colpita l'articolazione della spalla. In tutti i casi il pus fu sterile. All'esame istologico: degenerazione delle fibre muscolari e ostruzione di arteriole. F. G.

Le medicazioni antiemorragiche nelle malattie infettive.

Nelle *emorragie da cause locali* (ulcerazione di un'arteriola nella tifoide): riposo assoluto, sospensione dei bagni, dieta idrica ghiacciata, cloruro di calcio 3-5 grammi al giorno. Da qualche autore è consigliata anche la trasfusione sanguigna (200-300 cmc.) per la quale il malato non deve essere troppo intossicato. Del resto esistono due sorta di emorragie nella tifoide; alcune si hanno con uno stato generale poco compromesso e generalmente guariscono; le altre si producono negli organismi profondamente infetti e contro di esse vi è poco da fare.

Si possono anche praticare le iniezioni di siero gelatinato al 2 %; 20 cmc. Molto cauti si andrà con i clisteri isotonici da usarsi soltanto quando l'emorragia sia già cessata.

Nelle *emorragie da causa generale*, i vasocostrittori (emetina, ergotina, adrenalina) agiscono in modo incerto; l'opoterapia richiede l'uso di prodotti freschi ed è di dubbia riuscita. Rieux e Zoeller (rif. in *Journ. des praticiens*, 19 giugno 1926) hanno molta fiducia nei sali di calcio, in prescrizioni quotidiane di cloruro o di lattato (2-4 grammi); sospendere dopo 4-5 giorni, altrimenti si avrebbe azione contraria. La gelatina si può dare per iniezioni, per clisteri ed in pozione (10 g. in 200 cmc. di siero fisiologico; un cucchiaio ogni ora).

Si consiglia anche la chinina, da dare dopo il cloruro di calcio: cloridrato di chinina cg. 40; sciroppo di scorze d'arancio amaro g. 40; acqua distillata q. b. per g. 180; un cucchiaio ogni ora.

Le iniezioni di siero di cavallo sostituiscono quelle di gelatina e così pure quelle di siero antidifterico; 30-40 cmc. per via sottocutanea in malati vergini da ogni sieroterapia. Si consiglia anche il peptone Witte (g. 5) con cloruro di sodio (cg. 50), in acqua distillata portata ad ebollizione (g. 100). Filtrare, sterilizzare a 120°; iniezione sottocute di 10-20 cmc. Di solito gli accidenti emorragici si arrestano; non è consigliabile l'uso prolungato.

Nelle anemie postemorragiche si daranno i ferruginosi, gli arsenicali (cacodilato di sodio, serie di iniezioni da 5-10 cg. al giorno; liquore di Fowler). Le iniezioni sottocutanee di sangue (cmc. 18 con 2 cmc. di citrato di sodio al 10 %) sono spesso sufficienti per eccitare l'emopoiesi. *fil*

Il trattamento salvarsanico della parotite epidemica.

Kermogan è convinto che la causa della parotite epidemica sia una spirocheta: egli infatti ha isolato una spirocheta le cui culture pure producono nelle scimmie parotite, orchite, infiammazione della ghiandola sottomascellare, identiche a quelle provocate nello stesso animale con la inoculazione del liquido che ottiene da un lavaggio della bocca: la spirocheta in discorso è agglutinata dal siero di convalescenti di parotite. L'origine treponemica fa rassomigliare la parotite alla sifilide e come nella sifilide, anche nella parotite si ritrova linfocitosi nel liquido cefalo-rachidiano. Ciò ha giustificato il tentativo nella parotite di una terapia chemioterapica con gli arsenobenzoli e con lo stovarsolo.

Pedro Farreras (*Revista españ. de médic. y cir.*, 1926, n. 96), ha usato gli arsenobenzoli nella terapia della parotite epidemica in numerosi malati ricoverati negli ospedali di Barcellona: ha usato dosi di 10 ctg., e nei casi resistenti dosi di 30-45 ctgr., le dosi medie o grandi non avendo dimostrato all'A. vantaggi maggiori delle dosi piccole. Le osservazioni riportate dallo scrittore dimostrano che le iniezioni intravenose di sal-

varsan esercitano un influsso benefico ed indubbio sopra la parotite e le sue complicanze: immediatamente sono calmati i sintomi molesti, come il dolore, la disfagia, il trisma, ed accelerano la guarigione che appare tanto più rapidamente quanto più precoce fu la cura. In alcuni casi il salvarsan sembra far abortire l'infezione. L'orchite comparsa poco dopo l'iniezione, guarisce più rapidamente. Talora è stata notata una specie di reazione di Herxheimer.

L'A. ha voluto tentare anche i preparati di bismuto, però con dubbia efficacia. MONT.

Le applicazioni pratiche dell'antagonismo fra piocianeo e streptococco.

Il vaccino preconizzato da Delbet contiene, oltre a strepto- e stafilococchi, dei bacilli piocianei. Ora è un fatto che tale vaccino dà, nelle streptococcie, dei risultati migliori che non il solo vaccino streptococcico.

V. De Lavergne e Carrot (*Journ. des Praticiens*, 31 luglio 1926) esaminano le ragioni di tale efficacia. Da una serie di ricerche sperimentali si deve escludere che le colture di piocianeo possano comunque provocare un'immunizzazione attiva collaterale nell'organismo stesso. Rimane invece l'azione di contatto che può dimostrarsi mescolando i filtrati di coltura di piocianeo con colture di streptococco di cui impedisce lo sviluppo ed attenua la virulenza. Anche nelle lesioni dell'uomo si manifesta tale azione, la quale è unicamente di contatto, poichè le iniezioni del filtrato sono inattive nell'infezione streptococcica.

In complesso tale filtrato agisce come un antisettico, che attenua per contatto la virulenza degli streptococchi e ne impedisce lo sviluppo. La sua efficacia si spiega senza toccare per nulla la spinosa questione dell'immunità. *fil.*

VARIA.

La guerra agli aperitivi.

In una seduta sull'alcoolismo dell'Accademia francese di medicina, M. Letulle ha dimostrato la necessità di condurre una campagna contro l'aperitivo che è diventato una vera malattia sociale. È questo un male endemico che decima le popolazioni. Purtroppo, l'aperitivo, intendendo con questo nome tutte le bevande alcooliche deglutite a digiuno prima dei pasti, è entrato nei costumi popolari. All'assenzio, ai vermut, ai porto, ai vini di chinina si è poi aggiunto, funesto aggravamento, il « cocktail » americano.

Con il contagio dell'esempio e con la tendenza naturale dello spirito umano ad esagerare nel bene come nel male, e soprattutto nel male, quando suona l'ora dell'aperitivo, tre volte al giorno, ecco che migliaia di poveri esseri si affollano negli spacci, poichè non saprebbero alimentarsi senza aver prima ingurgitato la droga infernale. Nelle città, come nei villaggi, anche fra la brava gente modesta, l'aperitivo è il padrone imperioso.

La potenza degli aperitivi, nelle facili credenze del volgo, è straordinaria e solidamente stabilita. Anzitutto non si tratta di uno solo, ma di una vera folla; ogni anno, ogni mese si può dire, ne nasce qualcuno. Ed i fabbricanti dei veleni aperitivi hanno un'ingegnosità portentosa per lanciarli. Essi conoscono bene l'anima popolare, la sua sensibilità, la facilità con cui si lascia trascinare dalla figura colorata. Ed ecco un grande affisso artistico con la verde bottiglia; sullo stesso muro si vede il « vino tonico » vicino all'aperitivo amaro al lato di una donnina seducente che davanti ad un satiro vivace fugge verso i salici. Altrove un'adorabile spagnola che abbraccia, estasiata, un orso bianco davanti alla celebre bottiglia. Insomma ovunque tutti questi gesti a colori vivaci dicono: « Bevi!, tu troverai al fondo del tuo bicchiere un po' di gioia, un istante di sogno, forse l'oblio ».

Anche lo sport non è dimenticato, destinando degli aperitivi a « sostenere le forze degli efebi » ed il nazionalismo è solleticato dicendo che l'aperitivo è preparato con i migliori vini del paese.

È necessario che tutti i medici, concordemente, si uniscano per combattere questa guerra agli aperitivi. Bisogna riconoscere che il mondo medico ha un po' di colpa in questa diffusione degli aperitivi. Non sono trascorsi molti decenni da quando si dava ai malati l'abitudine di prendere prima dei pasti degli sciroppi *tonici*, antiscorbutici, di rafano iodato e persino dei vini medicamentosi, che del resto non mancano anche attualmente in alcuni formulari.

Bisogna invece mostrare alle giovani generazioni tutto il pericolo delle bevande alcooliche ed inspirare il disgusto degli aperitivi, augurandosi che venga presto il giorno in cui « l'alcoolismo da aperitivi » sarà scomparso.

Certamente i rimedi non sono facili. È illusorio pensare a rincrudimenti di tasse; i guadagni realizzati dai fabbricanti sono tali che pagano largamente tutti i balzelli; e del resto, l'aumento di tasse sui tabacchi non ha fatto scemare di un grammo il consumo dell'erba di Nicot.

Un rimedio che forse potrebbe dare buoni risultati è quello adottato dal Belgio sull'esempio della Norvegia, proibendo la vendita al minuto negli spacci, di bevande alcooliche a titolo maggiore di 14 gradi e permettendone l'acquisto in quantità non minori di due litri. Sembra che con questo sistema siano diminuiti i casi di delirium tremens, di condanne per alcoolismo. *fil.*

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Barletta; al 30 sett., ore 18; ab. 51,387; L. 15,000 e 2 quadrienni di L. 1000; divieto libero eserc. profess. tranne consulenze; obbligo eventuali funzioni med. di porto e circondariale. Titoli ed esami (prove scritte ed orali ed esercizi pratici). Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesoreria comun. Certific. a 3 mesi dal 5 ag. Chiedere annunzio.

BASSANO DI SUTRI (*Roma*). — Riapertura, al 30 sett.; L. 10,500 per 1000 pov., oltre L. 400 uff. san. e c.-v.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a. Sono valide le istanze già presentate.

BRUGNATO (*Spezia*). — A tutto 30 sett.; tassa L. 50.10; stip. L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 1200 c.-v.; serv. entro 20 gg.

CAGLIARI. *R. Università.* — Professore non stabile di patologia spec. chirurg. Scad. 15 ott. Tassa L. 100. Atti al Ministero P. I. Direzione Generale per l'Istruzione Superiore. (Vedi *G. U.*, n. 179, 4 ag. 1926).

CERVARA DI ROMA (*Roma*). — Proroga al 30 sett.

CREMONA. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Al 15 ott., ore 16, anatomòpatologo; L. 16,800, oltre c.-v. in L. 1200, 4 quinquenni, 50 % incassi cure e ricerche a pagamento; inibiti gabinetto proprio ed esercizio privato. Quattro anni di aiuto o assist. in Ist. an.-pat. univ. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Rivolgersi segreteria del Consiglio amm.

COSSIGNANO (*Ascoli Piceno*). — Al 30 sett. ore 18; ab. 2090; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea e L. 1000 indenn. forese, L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Età lim. 35 a.

FIUME. *R. Prefettura della Provincia del Carnaro.* — Ufficiale sanit. del Capoluogo. Scad. 30 sett., ore 12. Vedi fasc. 35.

FIUME. *Comune.* — Aiuto all'ufficiale sanitario e quattro medici condotti. A tutto 21 settembre. Vedi fasc. 35.

FORLÌ. — Condotto supplente fisso; al 30 sett.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; L. 9000, oltre L. 4000 trasp.; 10 bienni ventes.; 2 c.-v.; ecc. Serv. entro 15 gg.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Al 15 ott.; v. fasc. 36.

PIANDICASTELO (*Pesaro-Urbino*). — Scad. 20 sett.; L. 8000 e 4 bienni ventes.; per cavalc. lire 3000; uff. san. L. 300; c.-v. L. 1200; età 25-40 a. salvo eccez. r.; tassa L. 50.

PONTECAGNANO FAIANO (*Salerno*). — L. 6500 e 4 quadrienni. Scad. 30 sett.

QUILIANO (*Genova*). — Scad. 21 sett.; L. 8400 e 10 bienni ventes.; p. uff. san. L. 800; p. bicicl. L. 300; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

S. ANGELO IN VADO (*Pesaro - Urbino*). — Proroga 14 sett.

SASSOFELTRIO (*Pesaro*). — Al 25 sett., ore 18; L. 8000 per 500 pov., addiz. L. 3 fino a 1000 e L. 5 oltre; L. 300 uff. san.; L. 3000 trasp.; indenn. serv. attivo concordata; L. 300 arm. farm.; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15.

S. POTITO SANNITICO (*Caserta*). — A tutto il 30 sett.; L. 7000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 ag. Acettaz. entro 5 gg.

SASSARI. *R. Università.* — Professore non stabile di Clinica ostetrica. Domanda al Ministero della P. I. in carta boll. da L. 3 entro il 30 sett. Tassa di L. 100. Notizie sulla attività scientifica e carriera didattica in 10 esemplari.

SUTRI (*Roma*). — Proroga al 30 sett., ore 12; per 1000 pov. L. 10,500, oltre L. 400 uff. san., c.-v. Età lim. 40 a. Docum. a 6 mesi dal 17 ag. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

TICENGO (*Cremona*). — Con Cimignano sul Naviglio; scad. 29 sett.; L. 11,500 fino a 1000 pov., indennità capitaria L. 2; mezzo trasp. L. 1500; uff. san. L. 500; c.-v.

TREVIGLIO (*Bergamo*). — A tutto 22 sett. Vedi fasc. 32.

VERGATO (*Bologna*). — Scad. 25 sett.; L. 8800 per 800 pov., un c.-v. in L. 1200, trasp. L. 3000 se cavalc., L. 500 se bicicl.

VICO DEL GARGANO (*Foggia*). — A tutto 25 sett.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

VIGOLO (*Bergamo*). — Al 21 sett.; vedi fasc. 36.

VOLTA MANTOVANA (*Mantova*). — Al 21 sett.; vedi fasc. 36.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Scad. 15 ott.; vedi fasc. 36.

Avvertenza. — Quando non è indicato altrimenti i concorsi si riferiscono a condotte mediche.

Esami per medici di bordo.

È rinviata al mese di ottobre, in giorni da destinarsi, la sessione di esami di idoneità per la concessione dell'autorizzazione a viaggiare come medici di bordo, indetta con decreto 26 mar. 1926 pubblicato nella *G. U.* del 30 marzo 1926.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Nel personale della Sanità Pubblica sono nominati commendatori: Collina uff. dott. Mario, ispettore generale medico; Scalfati uff. dott. Francesco, medico provinciale di 1ª classe; ufficiali: Abate cav. dott. Alberto, medico provinciale di 2ª classe; Siacci cav. dott. Ugo, id.; cavalieri: Tecce dott. Nicola, 1° medico provinciale aggiunto; Cantamessa dott. Ferdinando, id.

Rallegramenti cordiali al dott. Collina, nostro ottimo amico e valoroso collaboratore.

MEDICINA SOCIALE.

L'assistenza protetica ai Mutilati di guerra.

L'*Opera Nazionale per l'Assistenza agl'Invalidi* prosegue nel lodevole programma di far conoscere al gran pubblico le varie forme di attività da essa svolte nel vasto e complesso campo ch'ebbe aperto dinanzi fin dal primo suo sorgere nel 1917. Oggi è la volta dell'*Assistenza protetica*, una delle prime di cui apparve la necessità e che una succinta ma accurata relazione, corredata da tavole illustrative e da eloquenti diagrammi, ci mostra nelle successive fasi di sviluppo fino al suo assetto presente che la fa autorevolmente considerare fra le più provvide e complete istituzioni di assistenza per i mutilati della guerra.

Purtroppo le mutilazioni della guerra rappresentano il reliquato più diretto, oltre ad essere le stesse in numero veramente rilevante, poichè un censimento molto attendibile fa salire i bisognosi di apparecchi protetici a ben 23 mila, pur non contando i circa 7000 ciechi, i 1000 invalidi della bocca, i 300 bisognosi di autocarrozzette. Chiaramente risulta dalla relazione quante furono le difficoltà che l'Opera Nazionale ha dovuto superare, con l'intelligente tenacia di propositi che è suo gran vanto, per riuscire alla perfetta organizzazione di un servizio che ha per scopo di fornire a ciascun invalido l'apparecchio che scientificamente è adatto al suo caso e di provvedere alle necessarie modificazioni, riparazioni, sostituzioni e ciò con le maggiori garanzie di bontà della costruzione e di onesta concorrenza nei prezzi; oltre di che anche era necessario ridurre al minimo l'aggravio derivante dalla necessità per l'invalido di accedere alle rare sparse officine di protesi prima esistenti. Dimostra la relazione come tutto questo bel piano di riorganizzazione abbia potuto gradualmente effettuarsi, in base ad accurata inchiesta di esperti ispettori tecnici e alle proposte concrete di apposita commissione, col ridurre il numero delle officine, col cencretare in quelle idonee i lavori *ex novo* e di riparazione, incoraggiandole alla creazione di succursali responsabili, e con la unificazione a pochi tipi di apparecchi riconosciuti tecnicamente i migliori. Nel tempo stesso l'Opera cessava dalla gestione diretta o indiretta di qualsiasi officina, mentre provvedeva alla opportuna ripartizione per regioni con esclusività di lavoro in ciascuna zona e assicurava la regolarità del servizio con rigide ma eque norme fissate ed accettate in un contratto tipo.

Tutta l'assistenza protetica si svolge metodicamente a mezzo degli speciali *Uffici protesi* istituiti presso le rappresentanze provinciali nelle sedi delle 40 officine convenzionate e gli uffici fanno capo a quello esistente nella Sede centrale, che vigila con assiduo controllo, anche a mezzo di ispettori specializzati, perchè tutto il servizio, in Italia e all'Estero, si svolga secondo le direttive prestabilite. Si hanno oggi 20 scelte officine ortopediche, con 20 succursali e l'organizzazione di controllo da parte dell'O. N. è tale da poter fare la necessaria selezione dei fornitori in ragione della maggiore o minore bontà e onestà di produzione. E una prova eloquente di quanto sia stato efficace l'intervento moderatore e riorganizzatore dell'Opera Nazionale ci è dato da uno specchietto da cui risulta che nei successivi esercizi 1923, 1924 e 1925, mentre andavano in vigore i nuovi contratti, malgrado il forte aumento della mano d'opera e del costo di materie prime, malgrado la notevolmente maggiore fornitura di apparecchi ai mutilati (app. di riserva, cassette di conservazione, coprimonconi ecc.), la spesa annua fu potuta mantenere circa negli stessi limiti, intorno cioè ai 4.890.000 di lire; così che la spesa media annua per ogni mutilato, meglio assistito che non fosse dapprima, si aggira intorno alle 170 lire.

Dott. G. PUGLIESI.

NOTIZIE DIVERSE.

XV Congresso stomatologico italiano.

Il 30 agosto nell'Aula Magna dell'Ateneo di Perugia ebbe luogo l'inaugurazione del XV Congresso stomatologico italiano. Tra le numerose autorità intervenute erano il sindaco di Perugia comm. Uccelli, il comm. Manganelli, l'on. Perna direttore della clinica odontoiatrica di Bari, il prof. Polimanti pro-rettore dell'Università di Perugia, il comm. Centonze medico chirurgo provinciale in rappresentanza pure del prefetto dell'Umbria, il direttore dell'ospedale militare col. Paion, il prof. Silvestrini ed altri. Erano intervenuti pure il prof. Szabò direttore dell'Istituto stomatologico di Budapest, insieme a numerosi professori dell'Istituto stomatologico ungherese. Vi erano inoltre professori delle varie Università italiane, il presidente onorario della Federazione stomatologica ed il prof. Piperno presidente del comitato del Congresso stesso.

Dopo un applaudito discorso pronunciato dal prof. Piperno, ha preso la parola il dott. Mento, presidente della Federazione stomatologica italiana, e quindi il prof. Polimanti ed il prof. Morelli. Il prof. Szabò ha porto il saluto della Federazione ungherese. L'on. Perna, direttore della Clinica odontoiatrica di Bari, ha parlato della importanza della lotta contro l'abusivismo ed ha inviato un caldo saluto a Benito Mussolini che, con la legge dell'ottobre 1924, ha affermato il principio della necessità della laurea in medicina per l'esercizio della odontoiatria.

Infine ha parlato il comm. Centonze, che in nome del Re ha aperto i lavori del Congresso.

Su proposta della Federazione stomatologica italiana, è stato inviato un telegramma all'on. Mussolini.

Proseguirono attivi i lavori nei giorni successivi. Ne daremo prossimamente un breve resoconto.

Società per il progresso delle Scienze.

La 16ª riunione, che era indetta a Bologna dal 23-29 settembre, è stata rimandata ad epoca da destinarsi.

Il prof. Alessandri in America.

Il prof. Roberto Alessandri, direttore della nostra Clinica Chirurgica, invitato dall'« American College of Surgeons » a intervenire al Congresso che si terrà a Montréal dal 25 al 29 del prossimo ottobre, per la sua nomina a Membro onorario del Collegio stesso, partirà il 22 corr. col « Roma » per New York. Da New York visiterà anche Chicago, Cleveland, Rochester prendendo parte a riunioni e conferenze scientifiche, e intervenendo a Cleveland alla riunione della « Interstate Postgraduate Assembly ».

È assai lusinghiero questo rinnovato desiderio di scambi culturali da parte dell'America, specialmente dopo il successo dell'ultimo Congresso Internazionale di Chirurgia tenutosi a Roma in aprile e della riunione a Roma della stessa « Interstate Postgraduate Assembly », e dimostra la opinione sempre più alta che in America va acquistando la scienza chirurgica italiana.

Rallegramenti e auguri di buon viaggio.

Per le nuove Cliniche della Università di Palermo.

Il problema delle Cliniche della Università di Palermo sembra avviarsi a rapida soluzione, mercè i mezzi approntati dallo Stato (L. 23 milioni), il contributo annuo del Banco di Sicilia (L. 50,000), e la buona volontà morale e materiale degli Enti che costituiscono il Consorzio Universitario (Comune di Palermo, Cassa di Risparmio, Comune di Trapani, Provincia di Caltanissetta, Comune di Caltanissetta, Comune di Marsala, Comune di Termini Imerese).

Le Cliniche e gli Istituti clinici della Università di Palermo sono ora disseminati in diversi punti, non sempre comodi, della città, e precisamente: alla Concezione le Cliniche medica, chirurgica, ostetrica e oculistica; a S. Saverio le Patologie speciali medica e chirurgica; allo Spasimo la Clinica dermosifilopatica; la Clinica delle Malattie nervose e mentali e la Clinica pediatrica sono anche lontane dal centro della città, e l'una dall'altra. Inoltre quasi tutte, tranne le ultime due di moderna costruzione e non facilmente trasferibili, non rispondono per un complesso di svariati motivi, al decoro della scienza e alle moderne esigenze dell'insegnamento.

L'unico modo di ovviare a questi inconvenienti era quello di raccogliere le Cliniche e gli Istituti clinici in uno stesso sito, in sedi moderne e degne, come si è fatto in tutti i grandi centri universitarii.

Sembra che l'Amministrazione dell'Ospedale voglia dare un serio e definitivo contributo alla soluzione del problema: essa cederebbe gratuitamente, per la costruzione di tutte le Cliniche medico-chirurgiche in unico sito, un terreno di sua proprietà posto nel rione *Feliciuzza*, dell'estensione di circa 60,000 mq.; con la possibilità, data l'esistenza di adatti terreni vicini, e qualora quello ceduto dall'Ospedale non fosse sufficiente — il che sembra sia escluso — che l'Amministrazione Universitaria possa acquistarne dell'altro.

Nei locali della Concezione, dove in atto funzionano le Cliniche, passerebbe, invece, l'attuale Ospedale dello Spasimo.

Sebbene il terreno del rione *Feliciuzza* sia fuori centro, e le vie d'accesso mal tenute, e sebbene si verrebbe a turbare la tradizione cittadina (gli attuali Ambulatorii delle Cliniche medica, chirurgica, ostetrica, oculistica alla Concezione sono frequentatissimi), in mancanza di una soluzione migliore, questa sembra accettabile. Ed è da augurarsi che venga presto attuata.

Dati statistici sull'Università di Milano.

Dall'Annuario 1925-26, uscito in elegantissima veste di pag. 512, con numerose figure, rileviamo che nell'anno 1924-25, secondo di vita, furono conseguite a Milano 10 lauree in giurisprudenza, 41 in lettere, 8 in filosofia, 20 in medicina. I diplomati nell'esame di Stato per la medicina furono 25. Le diplomate nella Scuola di ostetricia furono 31. Tra i diplomi speciali ne furono rilasciati: 33 in clinica ostetrico-ginecologica, 3 in medicina del lavoro, 12 in pediatria, 1 in ortopedia, 1 in traumatologia, 4 in dermosifilopatia, 13 in otorinolaringoiatria, 31 in odontoiatria, 6 in radiologia ecc. Il totale degli inscritti nell'anno accademico 1925-1926 è stato di 1837 studenti, di cui 360 in medicina; ai corsi di perfezionamento in medicina 137; alla Scuola di ostetricia 53; al corso d'Igiene per ufficiali sanitari 33; al corso d'Igiene per maestri 41.

Dei 1837 studenti inscritti alla R. Università di Milano, 1048 sono lombardi; le altre regioni d'Italia hanno mandato a Milano 691 studenti così divisi: Piemonte 120; Venezia 96; Emilia 76; Liguria 40; Toscana 33; Marche 13; Umbria 5; Abruzzi-Molise 14; Lazio 21; Campania 37; Puglia 47; Basilicata 6; Calabria 15; Sicilia 75; Sardegna 15; Dalmazia 1; Fiume 1; Colonia Eritrea 2; Dodecaneso 1. Dall'estero ne sono registrati 98.

Il bilancio dell'anno 1925-26 reca per la parte ordinaria: entrata L. 4,323,150, spese L. 4,313,648. Il preventivo della spesa straordinaria è di lire 800,000, per arredamenti d'Istituti. L'onere delle nuove costruzioni della Città degli Studi, per circa due milioni, fa parte a sè del bilancio.

Modificazioni agli esami di Stato.

Da un comunicato del Ministero di Istruzione Pubblica del 14 luglio riportiamo ciò che riguarda la professione di medico-chirurgo:

Tenuto conto dei risultati della prima applicazione degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni di medico-chirurgo, avvenuta nella sessione del novembre 1925, il Ministro della P. I., sentito il Consiglio Superiore di P. I., ha predisposto alcune modificazioni al re-

golamento per i detti esami di Stato, approvato con R. D. 19 giugno 1924, n. 1318.

Tali modificazioni, che saranno emanate con appositi provvedimenti in corso di approvazione, tendono a semplificare la procedura degli esami, senza togliere ad essi il loro carattere di prova seria, atta ad accertare nei candidati la padronanza delle dottrine fondamentali e l'attitudine ad applicarle. Le sedi di esami di Stato saranno in numero limitato, e permane il divieto ai candidati di sostenere l'esame presso quegli Istituti, nei quali siano stati inscritti nell'ultimo biennio del corso universitario o vi abbiano conseguito la laurea.

Il numero dei componenti delle commissioni è ridotto da sedici ad undici.

È soppressa la prova scritta.

Sono infine apportate alcune varianti alle norme che regolano lo svolgimento della prova orale e pratica.

Più particolari notizie circa le nuove disposizioni sono state comunicate con circolare ai rettori delle Università e ai direttori degli Istituti superiori, cui potranno rivolgersi, per maggiori ragguagli, coloro che dovranno sostenere gli esami di Stato nella prossima sessione del 1926.

Il Consiglio dei Ministri, su proposta del ministro della P. I., ha approvato, il 31 agosto, lo schema del nuovo regolamento per gli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio professionale, secondo le norme sopra tracciate per quanto concerne la professione medica.

Modifica del Calendario scolastico.

Viene annunziato l'anticipo della chiusura delle Scuole di ogni grado nelle quali attualmente gli esami si protraggono per tutto il mese di luglio e anche per buona parte del mese di agosto, con danno evidente delle cure balneari marine, climatiche e termali che non dispongono di sufficiente e conveniente periodo di tempo, e con il danno degli scolari stessi, costretti ad un maggior lavoro proprio nell'epoca meno favorevole allo studio.

Da quel che si sa del provvedimento, non ancora comunicato, ma deciso, pare che le scuole si chiuderebbero il 30 giugno, per riaprirsi il 1° ottobre.

Va ricordata l'opera spesa per sollecitare il provvedimento dall'Associazione Medica Italiana d'Idrologia, Climatologia e Terapia fisica e dalla Sezione Comuni di Cura della Confederazione degli Enti Autarchici.

Aiuti e assistenti universitari.

In un'aula della R. Università di Bologna ha avuto luogo, il 1° luglio scorso, un'assemblea del gruppo Aiuti Assistenti della Università e degli Istituti Superiori. Il segretario prof. L. Vecchiotti espose i fini dell'organizzazione. Dopo discussione, l'assemblea inviò al segretario nazionale prof. Diego D'Amico un ordine del giorno, approvato all'unanimità, con cui « confidano che il Governo fascista, sollecito dell'alta coltura nazionale e primo fra tutti i Governi convinto che la questione dell'assistentato non può disgiungersi dal progredire delle Università, voglia accogliere i voti intensamente formulati, e primi fra tutti: *a*) il ritorno integrale degli Aiuti Assistenti Universitari alle dipendenze dello Stato; *b*) il cambiamento di categoria con trattamento non inferiore a quello degli insegnanti delle Scuole Medie, ruolo A »

Il Ministro della P. I. al Collegio degli Orfani a Perugia.

Dopo avere inaugurato a Perugia il Corso degli stranieri in quella Università, S. E. Fedele, ministro per la P. I., ha visitato nei locali della Sapienza il Collegio-Convitto degli Orfani dei Sanitari, compiacendosi colla Direzione tenuta dal prof. cav. Simoncini, dell'andamento didattico ed elogiando il funzionamento di questa benemerita Opera di assistenza.

Le opere di Bassi.

Il Comitato nazionale per la ristampa delle opere di Agostino Bassi, precursore di Luigi Pasteur, presieduto dal prof. Alfieri di Pavia, ha assolto il suo còmpito pubblicando un volume la cui prima copia è stata offerta al Re. Con la somma residuale, su proposta del presidente, verrà collocato un ricordo marmoreo al grande biologo nell'Università di Pavia.

Elargizioni.

Il Consiglio dell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro e della Corona d'Italia, su proposta del presidente on. Boselli, ha stanziato 5 milioni di lire per ampliare con nuove costruzioni l'Ospedale Umberto I di Torino.

Il nostro Sovrano ha donato all'Associazione delle Madri e Vedove dei Caduti di Guerra le due ville Margherita e Etebinda a San Remo.

La festa del fiore a Roma.

La festa del fiore, che a cura del Comitato Romano contro la tubercolosi, e sotto gli auspici del Governo Nazionale, si è svolta nella ricorrenza dello Statuto, ha dato risultati finanziari abbastanza soddisfacenti, considerando da una parte che sono mancate le offerte provenienti dalla questua nelle carrozze tramviarie, che quest'anno non è stata concessa; dall'altra, per la coincidenza della festa del fiore con altre benefiche iniziative. La somma complessiva raccolta ha superato quella degli anni scorsi. Si sono infatti avute: dalla questua pubblica L. 38,933.65, dalla questua nelle Chiese L. 6000, da oblazioni private L. 2330.80. Totale L. 47,264.45, contro L. 39,503.45 dell'anno scorso. Il maggiore introito deve ascriversi, non solo ad un'organizzazione più perfetta e ad una propaganda più viva ed intensa, dovute al presidente e al segretario del Comitato, prof. V. Ascoli

e M. Mariotti, ma anche a collaborazioni più fervide, ad una più consapevole partecipazione della cittadinanza all'opera del Comitato stesso.

Corsi medici internazionali.

Avranno luogo a Berlino dal 4 al 30 ottobre. Saranno preparati in comune dalla Facoltà medica dell'Università di Berlino, dalle organizzazioni della « Kaiserin Friedrich-Haus » e dalla Unione dei docenti dei corsi di vacanze per medici. Il programma prevede:

1) corso sui progressi in tutta la medicina con speciale riguardo della terapia nuova (4-16 ott.);

2) corso di urologia (18-30 ottobre);

3) corsi speciali in tutta la medicina, parte di quattordici giorni (18-30 ottobre) e parte d'un mese (4-30 ottobre).

Informazioni fornisce la « Kaiserin Friedrich-Haus », Berlin NW 6, Luisenplatz 2/4.

Corsi per infermiere volontarie della C. R. I.

L'Ispettorato Infermiere Volontarie del Comitato Croce Rossa di Roma ha aperto le iscrizioni per i corsi di infermiere che si inizieranno nel prossimo autunno.

Questi corsi offrono alle signorine di civile condizione la facilità di istruirsi anche nel ramo dell'assistenza, coltura questa tanto utile alla donna, sia nell'àmbito del suo regno familiare, sia per renderla pronta a prestare opera intelligente e pietosa nelle pubbliche calamità.

Rivolgersi per schiarimenti e per le iscrizioni alla Ispettrice delle Infermiere Volontarie, Comitato Croce Rossa, piazza di Pietra 63.

Medici russi in Francia.

Le autorità giudiziarie francesi hanno proceduto contro 20 medici russi rifugiatisi a Parigi, i quali esercitavano la medicina senza essere forniti del diploma francese d'abilitazione. Si è provveduto ad agevolare il conseguimento del diploma a quelli, tra di essi, che avevano prestato servizio con gli alleati o che comunque si siano resi utili durante la guerra.

Per modificazioni alla legge sulle malattie professionali in Francia.

La Società di igiene pubblica, industriale e sociale di Francia a proposito della vigente legge sulle malattie professionali ha formulato un ordine del giorno in cui, considerando assolutamente necessario procedere a delle rettifiche e a delle aggiunte nelle rubriche stabilite dalla legge 1919 sulle malattie professionali, fa voti di una estensione di detta legge ad altre malattie professionali, ed incarica il presidente di fare presso il Ministero del Lavoro, della Igiene, dell'Assistenza e della Previdenza Sociale, tutti i passi utili affinchè il voto sia soddisfatto.

Risarcimento delle malattie professionali in Australia.

È stato comunicato all'Ufficio internazionale del lavoro un disegno di legge elaborato al Queensland, per cui dovranno essere risarcite le seguenti malattie professionali: intossicazione da solfuro di carbonio; ulcerazione dovuta al cromo; intossicazione da benzina o da nitro o da amido-derivati; dermatiti tossiche; intossicazioni da vapori nitrosi; intossicazioni dovute ai composti di cianogeno; cancro epiteliomatoso od ulcerazione della pelle o della cornea da oli minerali, da pece, da catrame e da composti di catrame; tubercolosi polmonare.

Assistenza sanitaria dei poveri al Giappone.

L'Associazione caritatevole « Saiseikai » del Giappone, fondata nel 1911, in conformità ai voleri della vedova dell'imperatore Meiji, ha solennizzato, il 31 maggio u. s., il suo 15° anniversario.

L'Associazione ha fondato sei ospedali pei poveri a Tokio e 103 ambulatori gratuiti in tutto il Giappone.

Condanna di un farmacista.

La XIII Sezione del Tribunale di Milano ha condannato il farmacista Davide Marinoni a sei mesi di detenzione col benefizio del condono, ai danni da liquidarsi in separata sede, accordando alla parte lesa una provvisionale di L. 2000, ed alle spese, perchè nel rinnovare una ricetta del dott. Cazzaniga aveva dato 7 grammi di laudano invece di 7 gocce. In seguito a questo errore la quattordicenne Maria Fulgoni aveva corso pericolo di vita ed era rimasta malata per due mesi. Lo strano è che la madre della paziente, prima di somministrare la medicina, era tornata dal farmacista per assicurarsi che la ricetta fosse stata bene eseguita e aveva avuto risposta tranquillizzante.

Un'operazione di ringiovanimento.

Un'operazione alla Voronoff è stata compiuta da uomo a uomo, nella Jugoslavia, dal chirurgo russo Kolesnikow, a beneficio di un medico 63enne, il quale ne è stato effettivamente ringiovanito. Si prestò all'asportazione delle glandole sessuali l'assassino ventottenne Jlinn Grajan, condannato a morte ma che è stato graziato dal Sovrano pel sacrificio compiuto a vantaggio della scienza.

Medici americani golfisti.

L'Associazione dei medici golfisti di Chicago ha tenuto il suo 25° torneo annuo all'Evaston Golf Club, il 16 luglio; vennero disputate la coppa Dickerman, emblema del campionato, ed altri trofei. L'Associazione è presieduta dal dott. O. S. Orsusby; ne è segretario il dott. L. H. Mayers. (North Michigan Avenue 307 - Chicago).

Un'Associazione di medici golfisti della Florida si è costituita recentemente a Gainesville, sotto la presidenza del dott. J. Halton di Sarasole; segretario il dott. J. S. Manning di Jacksonville; terrà prossimamente un torneo di tre giorni.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Rev. Méd. de Barcel., gen. — M. CORACHIN. Le operazioni di derivaz. interna della bile.

Rev. españ. de Med. y Cir., gen. — C. BONNCATI. La dualità microbica nell'eziologia delle mal. infettive. — T. M. CENDRA. Concetti basali sui disturbi digerenti del lattante.

Igiene Mod., gen. — A. SATTA. Il nuovo Ospedale di Genova a San Martino d'Albaro.

Annali d'Ig., dic. — A. ALESSANDRINI. Reazione del mezzo e attività del batteriofago. — F. PICCININNI. Il colibacillo nell'acqua potabile di piroscafi. — L. FACCIOLÀ. Anchilostomiasi nella provincia di Messina. — G. LIONETTI. La lotta contro il cancro.

Spitalul, gen. — BALTACEANU. Lo zolfo nei reumatismi. — G. GEORGESEN. Resez. del n. presacrale nel cancro uter.

Brit. Med. Journ., 30 gen. — W. CRAMER. La nuova esplosione di cancro.

Boston Med. a. Surg. Journ., 21 gen. — J. B. HAWES (*jun.*). Diagnosi clinica di tbc. ilare.

Edinb. Med. Journ., feb. — A. JOE e al. La nefrite scarlattinosa. — W. SUMAN. Anatomia e istologia patologiche della pellagra.

Practitioner, feb. — Numero sui moderni metodi diagnostici.

Lancet, 30 gen. — C. LEVADITI. Chimioter. della sifil.

Pathologica, 15 gen. — C. GHIZETTI. Tumori multipli della milza ad elementi giganti. — G. SANGIORGI. Emanaz. del radium ed anafilassi. — C. SEBASTIANI. Emoglobinuria malarica.

Morgagni, 10 gen. — G. CLEMENTE. Endocardite lenta da proteus.

Revue de Méd., n. 7. — G. PARTURIER. Gravidanza, chocs proteinici e colica epatica.

Lancet, 20 feb. — F. BUZZAARD. Trattam. delle malattie del sist. nerv. — H. TYRRELL GRAY. Il compito del mesentere nelle affez. viscerali.

Presse Méd., 13 feb. — H. JAUSION e M. VANGEL. Chimioterapia endovenosa della gonococcia.

Wien. Klin. Woch., 18 feb. — FALTA. Nuovi problemi sul ricambio dell'acqua.

Deut. Med. Woch., 19 feb. — LOEWE e al. L'ormone sessuale femmin. — Relaz. sulla malattia di Haff.

Arch. Mal. appar. digestif, ecc., gen. — Numero sul compito dell'infez. sull'evoluz. delle ulcere croniche gastro-duoden.

Mediz. Klinik, 19 feb. — C. BRUHNS. Quanti sifilitici ammalano di aortite? — T. BRUGSH e H. ROTHMANN. Il valore dei preparati di glandole sessuali in clinica.

Rev. españ. de Med. y Cir., feb. — F. BESCOMPTE. I nuovi agenti della medicazione amenorroica.

Cult. Med. Mod., 15 feb. — C. BERTONE. Nefriti secondarie ad appendicite per contiguità.

Riforma Med., 22 feb. — B. SPARACIO. Diabete mellito sifilitico.

Annales de Méd., nov. — M.-G. MARINESCO. Associaz. Parkinson-tabe. — P. RIBIERRE e V. DE LAVERGNO. Suppurazione da bacilli T. A. B. — M. LABBÉ e al. La lambliosi intestin.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 20 Settembre 1926 Fasc. 38

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROBLEMI DIBATTUTI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA DELLA R. UN. DI PAVIA.

Nuovi orientamenti a proposito dell'alimentazione del lattante

per il prof. L. SPOLVERINI, direttore.

NOTA I.

Tutti i trattati di Pediatria in genere, e quelli in specie che si riferiscono all'igiene alimentare ed alla fisiologia del sistema digestivo del bambino durante il primo anno di vita, sono concordi nel proclamare come regola fondamentale che al bambino prima di 6 mesi non debbano venire somministrati i comuni alimenti farinacei, perchè l'amido non potrebbe essere nè digerito nè assimilato. E l'osservazione clinica ha talora fatto rilevare che un'alimentazione amilacea praticata nei primi mesi di vita rappresenta una causa di affezione delle vie digestive e di disturbi della nutrizione, che può giungere fino all'atrepsia.

La fisiologia è inoltre intervenuta a darci la spiegazione in quanto ha sostenuto che l'amilasi (fermento che serve a trasformare l'amido in destrina e questa in maltosio) sia della saliva e sia del succo pancreatico, pure comparendo subito dopo la nascita, verso il 3° e 4° mese di vita è ancora poco attiva e soltanto verso il 6° mese acquista un evidente potere di liquefare e saccariferare la zuppa di amido. A conferma poi di tale asserto si suole citare il fatto che la natura mentre ha messo nel latte le sostanze albuminoidi ed i grassi sotto forma insolubile (cioè allo stesso modo di come li trova l'adulto nei vari alimenti) e da dovere perciò subire il processo di digestione completa prima di essere assorbiti, soltanto per le sostanze idrocarbonate ha fatto eccezione in quanto esse nel latte si trovano non solo sotto forma solubile, ma già digerite (zucchero) e pronte per l'assorbimento.

Orbene questo modo di vedere così semplicista e che a prima vista appare logico e convincente, è sembrato a noi che dovesse invece venire accolto con molta riserva: e ciò per molteplici ragioni.

Avanti tutto il fatto che nel latte gli idrati di carbonio si trovino sotto forma speciale di disaccaridi (lattosio) e non di polisaccaridi (amidodestrina), come abitualmente avviene in natura, non può avere alcun valore probatorio; giacchè, a parte il resto, sarebbe pressochè impossibile il concepire per quale via l'organismo animale

avrebbe potuto immettere nel latte da esso prodotto idrati di carbonio sotto forma di amidacei, di cui l'organismo stesso è costantemente privo, mentre che invece è abbondantemente dotato di zucchero, di sostanze proteiche e di grasso; senza tenere conto dell'impossibilità, non fosse altro che meccanica, della fuoriuscita attraverso il capezzolo di un latte che contenesse in sospensione sostanze amidacee.

Inoltre l'avere constatato che l'amilasi appare nella saliva e nel pancreas del bambino subito dopo i primi giorni di vita ed il sostenere poi, come dicono i trattati, che tale fermento si rende attivo al 3°-4° mese, ed in maniera evidente solo al 6° mese per dedurne quindi regole pratiche per l'alimentazione, ci sembra una conclusione per lo meno azzardata. Giacchè, ammesso pure per sicuramente dimostrato che tale fermento amilolitico, benchè presente, non sia attivo nei primi mesi di vita, potrebbe questo ritenersi piuttosto quale conseguenza del fatto che esso non viene stimolato nè nella produzione nè nella utilizzazione dell'alimento abituale introdotto (latte) data l'assenza in esso di sostanze amidacee; a differenza di quanto invece si verifica pel fermento tripsinico e lipolitico data la presenza in esso delle sostanze proteiche e dei grassi. Ed in vero riesce per lo meno inesplicabile il fatto che la ghiandola pancreatica — che nel suo complesso funzionante segrega normalmente i tre fermenti noti (amilolitico, tripsinico e lipolitico) senza che nessuno abbia mai potuto stabilire con precisione quale parte della ghiandola segreghi in realtà ciascuno di questi fermenti, dovendo ritenersi la triplice funzione inerente alla ghiandola *in toto* — per un certo periodo della vita si debba invece limitare a segregare solo due dei suoi tre prodotti abituali, pure funzionando normalmente nel suo complesso ghiandolare.

D'altra parte — senza entrare nel campo della patologia di cui ci occuperemo appresso — l'esperienza popolare di secoli aveva già molte volte dimostrato che taluni lattanti possono anche digerire le pappe (farinacei) fin dai primi mesi di vita e perfino tollerare l'allattamento artificiale eseguito con le comuni farine lattee (e non con quelle maltizzate o diastasate) che contengono quantità di amido talora notevole. A giustificare tale constatazione si adduceva il motivo che simili casi dovevano rientrare nell'eccezione, mentre che la regola generale era rappresentata dal fatto inverso, tanto è vero che ai clinici occorreva ogni tanto osservare lattanti affetti da disturbi della nutrizione più o meno pronunciati in conseguenza dell'uso precoce di farine.

Ma veramente a noi pare sarebbe più logico il pensare che tali affezioni più che dall'uso, fossero forse state provocate dall'abuso, non avendo fino ad ora nessuno dimostrato o saggiato il limite fisiologico di tolleranza delle sostanze farinacee nei vari periodi di vita del lattante.

Del resto a prescindere dal fatto che troppo numeroso è in realtà il numero di lattanti tolleranti gli amidacei per poterli considerare alla stregua di un fatto di eccezione, osservazioni più o meno recenti condotte specialmente in Germania ed in Italia sull'uso delle pappe burro-farinose ed oleo-farinose, mescolate a latte vaccino nell'alimentazione artificiale del bambino, avevano clinicamente confermato che tali bambini anche durante i primi mesi di vita potevano per un certo tempo (1-2 mesi) bene tollerare e digerire le sostanze amidacee somministrate in quantità in via ordinaria non certo accentuata.

Ma vi ha di più: l'esperienza clinica ha luminosamente provato che per fare scomparire talune forme di dispepsia, anche accompagnate da scariche frequenti, sia negli allattati al seno e molto più in quelli allattati artificialmente, nonostante tutte le regole igieniche, e l'uso dei più svariati digestivi ed accorgimenti di tecnica alimentare, occorre fare appello all'uso degli idrati di carbonio sotto forma di farinacei, giacchè le farine diastasate (che spesso giovano a prevenire tali disturbi ed a correggere i più leggeri o quelli all'inizio) in questi casi non corrispondono nella pratica ed anzi talora peggiorano le funzioni gastro-intestinali, aumentando la peristalsi ed il numero delle scariche.

È noto difatti che molti bambini affetti da diatesi essudativa e da forme eczematose più o meno estese, anche se ad allattamento naturale, riescono a migliorare soltanto quando fanno uso di farinacei insieme al latte; allo stesso modo che coloro che presentano intolleranza — sotto varie forme — per latte vaccino riescono a sopportarlo e digerirlo se mescolato con sostanze amidacee.

Infine l'uso di tali sostanze nella diarrea in specie dei bambini anche piccoli risale ai tempi di Ippocrate, e l'esperienza ulteriore non ha fatto altro che confermarlo. Dai più si ritiene che l'azione benefica sia dovuta al fatto che gli amidacei ostacolino lo sviluppo dei germi proteolitici o della putrefazione, in quanto che i germi acidofili o saccarolitici, agendo sullo zucchero (derivato dell'amido), producono acido lattico, o quanto meno acidificano l'ambiente e purificano l'intestino.

Tale spiegazione così semplicista, sebbene il fatto dell'acidificazione sia vero, va accolto con riserva. Difatti vi sono diarree ove non vi è putrefazione, come in talune forme dispeptiche dei lattanti al seno, e che pure ritraggono vantaggio dai farinacei, come abbiamo potuto osservare nelle nostre ricerche.

Eppoi perchè somministrando lo zucchero non

si dovrebbe allora ottenere lo stesso effetto dal momento che i germi saccarolifici non attaccano l'amido ma lo zucchero da questo derivato, mentre che invece è noto che il glucosio ed il lattosio aumentano la diarrea?

È difficile dare una spiegazione esatta del fenomeno, anche tenendo presente le ricerche di questi ultimi anni tendenti a dimostrare l'influenza notevole che gli idrati di carbonio esercitano sulla digestione e sulla utilizzazione tanto delle sostanze proteiche quanto dei grassi.

Comunque è certo che i farinacei cotti sono sostanze di più facile digestione ed assimilazione a confronto dei grassi e degli albuminoidi: essa si inizia già colla saliva, con l'amido quindi si ottiene un riposo dell'intestino. Inoltre l'amido è quello tra i vari principi alimentari che dà luogo a meno prodotti tossici ed irritanti, e quindi riesce calmane dell'intestino, attenua i suoi movimenti peristaltici e diminuisce le sue secrezioni esagerate.

Orbene non ostante tutti questi dati di fatto indiscutibili, a parte anche le ragioni scientifiche avanti accennate e militanti in favore dell'uso dei farinacei anche nei piccoli soggetti, resta ancora quale canone indiscusso e quale regola generale il precetto di non somministrare sostanze amidacee ai bambini al disotto di 6 mesi. Tanto è vero che lo stesso Marfan, nel suo recente e così completo trattato sull'allattamento, dichiara esplicitamente che affinchè si possano fare tollerare le decozioni di amido ai bambini al disotto di questa età nei casi in cui è necessario ricorrervi (malattie delle vie digestive, disturbi della nutrizione, intolleranza per il latte, specie vaccino) occorre che tali decozioni: *a*) contengano pochissimo amido; *b*) siano date sotto forma speciale (brodo di legumi, zuppe maltosate); *c*) per un breve periodo di tempo (15 giorni). E ciò non ostante, osserva Marfan, i bambini al disotto di 6 mesi talune volte non le tollerano e la diarrea si aggrava. Ma un simile fatto può occorrere di osservarlo anche nei bambini più grandi, giacchè noi dobbiamo pensare che in queste circostanze si tratta di soggetti malati proprio nel sistema digerente, il quale necessariamente deve presentarsi deficiente nel suo funzionamento, anche se non si vuole tenere presente il fatto che talora le farine somministrate potevano essere o in quantità eccessiva o accidentalmente quelle meno indicate nel caso specifico. Orbene tutto ciò non avrebbe nulla a che fare coll'età del bambino.

Difatti in base appunto a questo principio dominante gli scienziati hanno dapprima consigliato e gli industriali hanno poi messo in commercio i più svariati tipi di farine, da quelle completamente diastasate alle innumerevoli amido diastasate, allo scopo di poterle impunemente somministrare ai bambini anche di tenera età. E nei casi di diarrea nei bambini anche dei primi mesi di vita non potendo fare appello alle farine completamente diastasate, pei motivi avanti detti, si è pensato di ricorrere alle zuppe maltosate e destrinizzate, adoperando l'estratto di orzo contenente l'amilasi attiva. Ma Terrien, di fronte ai risultati assai contradittori, ha potuto dimostrare che affinchè queste producano l'effetto desiderato di guarire i disturbi intestinali occorre che il processo di digestione esercitato dall'amilasi sulle farine sia limitato al primo stadio cioè alla semplice liquefazione dell'amido, rendendolo cioè solubile, vale a dire al processo di preparazione. Giacchè se si spinge a quello ulteriore e cioè di vera digestione o trasformazione dell'amido in destrina eppoi in maltosio, l'azione invece di essere benefica diventa nociva in quanto i disturbi intestinali spesso si aggravano. Quindi anche somministrando le cosidette zuppe maltosate col miraggio di dare al lattante una farina che non contenga più amido ma questo già trasformato ed in parte digerito, in realtà, se si vuole ottenere l'effetto benefico, occorre che la digestione dell'amido non sia avvenuta, ma che essa si verifichi invece nell'organo digestivo del piccolo soggetto.

È logico pertanto concludere che il principio fisiologico tuttora dominante ed indiscusso in fatto di digeribilità dell'amido da parte del lattante meritava di essere accolto con ogni riserva, e di venire invece meglio studiato per metterlo in rapporto con le molteplici osservazioni cliniche da esso discordanti e per cercare di illustrare le eccezioni a tale regola, che si riscontrano così numerose. Una tale questione del resto è di tale importanza pei cultori della Pediatria dal punto di vista sia scientifico e sia pratico, che veramente può e deve recare meraviglia il fatto che ancora non sia stata delucidata, forse perchè si riteneva già risolta in considerazione del principio assiomatico, accettato da tutti, della indigeribilità dei farinacei da parte del tenero lattante.

Abbiamo creduto pertanto opportuno approfondire l'argomento tanto più che per fortunata combinazione ci trovavamo in adatte condizioni di esperimento, avendo a disposizione oltre la clinica anche il Brefotrofio. Da qui la possibilità di fare ricerche su lattanti sani, condizione questa indispensabile per risolvere il problema e per ottenere risultati attendibili, trovandoci al riparo da una delle cause di errore tra le più gravi. Giacchè le ricerche che si eseguono nella clinica vertono sempre sopra soggetti più o meno gravemente malati e talora proprio a carico del tubo digerente e perciò solo portanti fino dall'origine una nota di grave incertezza per riguardo ai risultati finali.

Le ricerche lunghe, pazienti e minuziose eseguite per circa due anni insieme al mio valente aiuto dott. Bentivoglio su molti bambini sani da 4 giorni di vita in poi — ivi compresivi anche qualche soggetto prematuro — nonchè su soggetti affetti da disturbi della nutrizione ed in vario modo allattati hanno avuto come campo di esperimento gli idrati di carbonio sotto varie forme. Abbiamo cioè studiato:

1) *in un primo tempo*:

La digeribilità e l'assorbimento degli zuccheri (lattosio, glucosio, levulosio, saccarosio, maltosio) e delle farine completamente diastasate, tipo Mellin, confrontandolo con quello delle varie farine sia amido diastasate (Kufeke, Alimento Antolini n. 2, Farina lattea tipo Erba) e sia naturali (farina di riso, grano, granoturco).

A tale scopo è stato studiato nel lattante sano, e per un lungo periodo di tempo (2-3 mesi), il comportamento: *a*) della curva glicemica nel sangue eseguendo oltre cento ricerche, *b*) dell'amido nelle feci con le reazioni macro- e microscopiche, *c*) dello stato generale di nutrizione, di accrescimento e dell'aspetto macroscopico delle feci; mettendo beninteso a confronto tra loro tutte queste varie ricerche sia perchè si completassero a vicenda e sia per vedere se concordavano oppure se presentavano fatti discordanti, al fine di poter trarre conclusioni veramente attendibili. Giacchè ad alcune esperienze anteriori, ad es., quelle di Heubner e Cantus praticate su lattanti di 2-3 mesi di vita, venne fatta la giusta obbiezione che esse non erano probatorie, perchè limitate a soli 8-10 giorni ed alla sola ricerca dell'amido nelle feci, amido che poteva essere stato trasformato in eritrodestrina e maltosio anche per azione dei batteri.

2) *in un secondo tempo*:

Identiche ricerche abbiamo praticate anche su lattanti di varia età ad allattamento sia naturale che artificiale e presentanti disturbi della nutrizione (dispepsia accentuata per latte greve, intolleranza per latte vaccino) per studiare in questi speciali soggetti non solo il grado di digeribilità e di assimilazione degli idrati di carbonio in rapporto alle sue varie forme, ma anche per constatarne il probabile effetto curativo, ovvero anche un possibile danno.

Naturalmente oltre della qualità è stato tenuto in grande conto anche il fattore « quantità » di idrati di carbonio somministrati, essendo questo, come abbiamo potuto constatare, un elemento importantissimo ed anzi di grado preminente sull'altro « qualità » per fare variare i risultati, e tale da darci la spiegazione di alcuni fatti contraddittori osservati dai vari autori.

Onde è che con molteplici tentativi ci siamo dovuti mettere alla ricerca, tutt'altro che facile e breve, del limite massimo di tolleranza di digeribilità e di assorbimento dell'amido per rapporto all'età, al peso ed allo stato di salute del piccolo lattante.

Non posso in questa breve nota dilungarmi ad esporre e ad illustrare i vari dettagli di tecnica tanto scientifici che pratici da noi adoperati, nè descrivere minutamente le varie esperienze eseguite. Ciò sarà quanto prima fatto in pubblicazioni scientifiche ad opera specialmente del mio aiuto dott. Bentivoglio. Mi limiterò ora ad accennare solo alle osservazioni più importanti in specie dal punto di vista pratico.

Innanzi tutto abbiamo potuto ottenere la dimostrazione sia scientifica e sia pratica del fatto che i *bambini sani* anche a soli 4 giorni di vita possono in via generale bene digerire ed utilizzare per un periodo di tempo indeterminato le sostanze amidacee cotte (sotto forma di pappe) insieme al latte somministrato, non solo senza risentirne alcun disturbo apprezzabile clinicamente, ma continuando invece a svilupparsi regolarmente.

Il fattore indispensabile più importante perchè ciò si verifichi è dato più che dalla qualità (farine amidacee leggere) dall'elemento « quantità »; in quanto l'esperimento ci ha costantemente provato che se si sorpassa un dato limite — variabile a seconda dell'età, del peso e dello stato di salute del bambino — si riscontra nelle feci la presenza di amido indigerito. Una tale constatazione lungi dall'infirmare il principio della dimostrata digeriblità ed utilizzazione di sostanze amidacee da parte del lattante fino dai primi giorni di vita, ne rappresenta invece una controprova, in quanto rientra nel campo delle eccezioni da' momento che erano state sorpassate le norme, diciamo così fisiologiche, di tolleranza.

Del resto un simile fatto occorre di osservare continuamente nella pratica pediatrica, anche durante l'allattamento naturale, per eccesso di grasso o di sostanze albuminoidee, allorchè il bambino presenta disturbi più o meno gravi in relazione all'età ed al genere di allattamento. Orbene non ostante questo inconveniente nessuno ha mai dubitato della possibilità da parte del bambino di digerire ed assimilare tali sostanze nutritive!

Ed invero le nostre ricerche ci hanno dimostrato che anche per le sostanze amidacee, al pari degli altri componenti alimentari, il *limite massimo* di tolleranza varia per molteplici cause: mi limiterò pel momento a riferire che ad esempio in un bambino sano del peso medio di 3 chili esso oscilla, durante il primo mese di vita, intorno ai 10-12 gr. di polvere di amido *pro die* (2 gr. circa di farina per pasto colla quale si deve confezionare la pappa): quantità tutt'altro che indifferente sia in sè stessa e sia in relazione agli altri componenti del latte.

Le indagini eseguite, e specialmente lo studio del comportamento della curva glicemica nel sangue dei bambini nutriti con le varie farine avanti accennate, ci hanno dimostrato che dal punto di vista della digeribilità ed assorbimento dell'amido introdotto non vi è differenza, almeno apprezzabile, tra le comuni farine amido-diastasate e le naturali farine amidacee (cioè senza alcun preventivo trattamento) del commercio.

Un tale risultato che a prima vista può arrecare meraviglia, trova invece la sua spiegazione sia nel fatto che l'organismo del bambino è dotato del potere di digestione dell'amido, e sia che questo, venendo per regola somministrato bene cotto, ha per ciò già subito in precedenza un principio di diastasizzazione. Se ne dovrebbe quindi trarre la conseguenza ultima che dal punto di vista scientifico (cioè del motivo per cui esse vengono preparate) e pratico (presunta facilità di digestione da parte del bambino) tali preparazioni industriali dovrebbero essere ritenute inutili; quando non riescano dannose, in quanto dotate — a seconda dei vari autori — o di virtù terapeutiche immaginarie per sostanze aggiunte, o di proprietà spesso fantastiche, o di nocive correzioni organolettiche per renderle più accette (ad es. il cacao, tanto dannoso per la sua ricchezza in grasso, acido ossalico e theobromina), senza contare che nella maggior parte dei casi non corrispondono nei caratteri essenziali a quanto viene con una certa leggerezza reclamistica scritto sulle etichette.

A proposito pertanto di simili farine sarà sempre utile tenere presente che in linea generale — naturalmente ogni regola ha la sua eccezione — quelle che nella pratica pediatrica corrispondono meglio, e quindi da preferirsi, sono le più semplici e le più naturali, senza contare che sono anche le più economiche!

D'altro canto studiando e confrontando il comportamento della curva glicemica sia tra i vari zuccheri presi in esame e sia tra questi e le varie farine (diastasate, amido-diastasate e naturali) abbiamo potuto fare delle constatazioni di un certo interesse.

Innanzi tutto abbiamo osservato che, come era del resto prevedibile, l'assorbimento degli idrati di carbonio da parte dell'organismo del lattante sotto forma di zuchero è assai più rapido di quello delle farine in genere. L'acme cioè della curva glicemica si raggiunge con rapidità, ma con altrettanta rapidità essa decresce coll'uso degli zuccheri; mentre che dopo la somministrazione di farine:

a) se queste erano completamente diastasate (tipo Mellin) la curva di assorbimento tende a farsi quasi identica a quella degli zuccheri;

b) se invece erano o amido diastasate o naturali semplici in entrambi i casi la curva glicemica dimostra che l'assorbimento dell'amido introdotto, pure verificandosi in modo completo, raggiunge però il culmine più lentamente (sebbene in modo sempre abbastanza sollecito), ed allo stesso modo più lentamente discende. Constatazione questa che oltre il trovare la sua razionale spiegazione nei dati fisiologici relativi alla digestione dell'amido, dimostra la grande utilità dal punto di vista pratico di somministrare, in specie in talune condizioni morbose, gli idrati di carbonio sotto forma di sostanze amidacee.

Ed in vero osservando il comportamento della curva glicemica dei vari zuccheri somministrati risulta evidente il fatto che il lattosio tra tutti è quello che impiega più tempo per venire assorbito; ciò che dimostra anche che è necessario più tempo per la sua digestione; quasi che anche la natura abbia voluto provvedere in modo, che dovendo mettere gli idrati di carbonio nel latte sotto forma di zucchero, questo fosse almeno uno di quelli che richiede più tempo per la digestione e quindi per l'assorbimento.

Il secondo gruppo di ricerche eseguito su bambini ad allattamento sia naturale che artificiale e presentanti disturbi in grado diverso della nutrizione, ci ha confermato in via generale i risultati avanti descritti ed ottenuti sui bambini sani, salvo alcune variazioni sulla quantità di amido da somministrarsi; del resto necessarie ed evidenti dopo quanto sopra abbiamo esposto.

Ma quel che più interessa dal punto di vista pratico si è che i lattanti ai quali veniva data la giusta razione di sostanze amidacee insieme al latte sia materno e sia di vacca non solo non risentivano alcun danno, ma guarivano dei disturbi dispeptici, talora anche abbastanza accentuati; là dove cioè avevano in precedenza fallito tutti gli accorgimenti di tecnica relativi all'igiene alimentare ed i vari medicamenti, compresi i più svariati eupeptici. E tali confortanti risultati ci è stato possibile riscontrare in bambini anche subito dopo le prime settimane di vita, nutriti ad esempio con latte di donna troppo ricco in grasso od in sostanze albuminoidi; ciò che è facile verificarsi nelle madri-nutrici del Brefotrofio, forse a causa del vitto e della vita speciale a cui sono tenute.

Oltre a ciò coll'aiuto oculato e razionale di questi farinacei abbiamo potuto procedere, bene inteso nei casi di assoluta necessità, all'allattamento artificiale con maggiore tranquillità e migliori garanzie sia adoperando latte fresco (che, quando è possibile averlo buono, è sempre preferibile) sia latte in polvere. Raramente, e comunque solo in via transitoria siamo ricorsi all'uso

esclusivo delle comuni farine lattee (Erba, Paganini-Villani, Nestlée) giacchè, non ostante la réclame e l'etichetta di farine amido-diastasate, esse in realtà contengono una eccessiva quantità di amido, incapace, secondo le nostre minuziose ricerche, ad essere digerito dai lattanti durante i primi mesi di vita.

Da ultimo è utile richiamare l'attenzione sul fatto che tra le sostanze amidacee naurali che ci hanno meglio corrisposto — in specie nei lattanti con disturbi intestinali — sia dal punto di vista digestivo che terapeutico va messa in prima linea la farina di riso. Ciò è giustificato dal fatto della sua composizione, in quanto chè essa è assai povera in materie azotate (6.40 %) ed in grasso (0.43 %) mentre è ricca in idrati di carbonio (78.10 %); a differenza della farina di grano e di orzo che contengono 1/3 di più di sostanze azotate ed il doppio od il triplo di grasso, e di quella di avena o granturco con una percentuale del 14 % di sostanze azotate e del 6 %-4 % di sostanze grasse.

Da questa esposizione delle ricerche eseguite nella nostra clinica è risultato pertanto che l'amido può essere bene digerito ed assorbito dai lattanti sani anche dopo le prime settimane di vita purchè contenuto nei limiti prescritti; e per conseguenza rimane dimostrata la completa funzionalità della ghiandola pancreatica in toto fino dai primi tempi della vita. Resta inoltre stabilito che le sostanze amidacee non solo non arrecano danno, sempre se giustamente proporzionate, ma invece riescono utili e talora indispensabili per guarire alcuni disturbi della nutrizione, che con una certa frequenza si sogliono presentare nei lattanti.

Con ciò non si ha alcuna intenzione di proporre nella pratica la nutrizione dei lattanti a mezzo di farinacei o in modo prevalente, o peggio in modo eccessivo, giacchè il danno sarebbe evidentissimo. Si tratta solo di correggere o per meglio dire rettificare i concetti fondamentali, fino ad ora ritenuti sicuri ed indiscutibili, relativi alla digeribilità ed assorbimento degli amidacei da parte dei lattanti durante i primi mesi di vita. Rettifica che, come abbiamo veduto ha importanza scientifica, ma — in modo preponderante — pratica ed in specie terapeutica.

Tutto questo a noi pare che debba condurre ad un nuovo orientamento a proposito dell'alimentazione del lattante; tanto più se unito all'altra questione, che sebbene recente è pure già assai interessante, della utilità cioè della somministrazione di alimenti irradiati (raggi ultra violetti), e di cui anche ci stiamo occupando, e sui quali riferiremo in una seconda nota.

Pavia, luglio 1926

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE AL POLICLINICO UMBERTO I - ROMA
IX PADIGLIONE diretto dal prof. G. BASTIANELLI.

Tachicardia parossistica curata con la chinidina per via endovenosa.

Dott. ANTONIO SEBASTIANI, aiuto e docente.

La tachicardia parossistica non è un disturbo frequente, ma è specialmente importante perchè molto spesso ci troviamo di fronte ad esso senza alcun sussidio terapeutico. Si aggiunga che, se molte volte esso dura poche ore o anche pochi minuti, in altri casi può persistere per più di un giorno; e che se alcuni soggetti lo sopportano discretamente bene, tanto da poter anche venire alla consultazione al gabinetto del medico, in altri i disturbi subiettivi e i segni fisici che si accompagnano alla enorme frequenza del cuore possono raggiungere un grado impressionante.

È vero che, talvolta il soggetto stesso è riuscito a trovare il modo di far cessare la crisi: per es. con l'ingestione di un grosso bolo alimentare, con una forte inspirazione, col chinarsi in avanti, piccoli mezzi empirici a cui, a volta a volta, il malato ricorre. Confesso che nei casi di tachicardia parossistica che sono venuti sotto la mia osservazione nessuno di tali mezzi è riuscito efficace; come pure non mi è mai riuscito di far cessare un attacco con la compressione del vago al collo, manovra che è consigliata da molti autorevoli osservatori: è probabile che ciò dipenda dal fatto che i casi suddetti si riferiscano a crisi brevi, e, diciamo così, estremamente labili, mentre in quelli di lunga durata, quando il nuovo ritmo si è stabilito, è difficile vincerlo. È vero inoltre, ciò che è molto più importante, che nella grande maggioranza dei casi la crisi, breve o lunga che sia, finisce col cedere spontaneamente, e non lascia dietro sè che una spossatezza generale e l'incubo delle ore vissute in quelle condizioni, e la paura che esse non abbiano a ripresentarsi. Ma non è men vero che, sebbene eccezionalmente, la crisi può terminare con la morte, e che in ogni caso il problema terapeutico, di fronte a soggetti in queste condizioni, si impone.

Non è qui il caso di esporre, anche in breve, la patologia della tachicardia parossistica: essa può trovarsi facilmente nei numerosi trattati generali e speciali sulle malattie di cuore e sulle aritmie cardiache. Ma mi sembra valga la pena di riferire un caso che è occorso alla nostra osservazione, perchè esso ci fece sorgere l'idea e ci permise l'applicazione di un metodo di cura che credo non sia mai stato adoperato; e ciò specialmente dato quan-

to abbiamo sopra accennato rispetto al quasi generale insuccesso della terapia.

E vengo senz'altro alla descrizione del caso e alla indicazione della cura tentata.

L. C., donna di casa, a. 38, maritata: due figli, non aborti. Non reumatismo, nè corea, nè tonsillite; non malattie veneree. Nel 1911, durante la prima gravidanza, è colta a digiuno da forti crampi allo stomaco che cessano solo dopo una iniezione di morfina. Questi disturbi si ripeterono varie volte con la stessa intensità. Non mai vomito nè eruttazioni acide. Nel 1920, incinta al secondo mese, compaiono per la prima volta, senza causa apprezzabile, palpitazioni molto forti e frequentissime, accompagnate da dolore all'epigastrio, tale da togliere il respiro. Il disturbo durò 2-3 ore; poi bene. Ma si è ripetuto di tanto in tanto, sempre con inizio e terminazione bruschi. Nel primo semestre del 1925 gli attacchi sono stati più frequenti (all'incirca ogni due mesi, quasi sempre in coincidenza col periodo mestruale) e più lunghi (fino a 96 ore); la lasciano assai spossata. Spesso, durante l'attacco, vomito.

12 luglio 1925. Nella notte si sveglia improvvisamente in preda a uno di questi attacchi: le palpitazioni continuarono tutto il giorno successivo con vomito frequentissimo, lipotimio, sudore freddo. In un elettrocardiogramma eseguito ambulatoriamente potemmo riconoscere un attacco di tachicardia parossistica di tipo atrio-ventricolare.

14 luglio 1925: entra in Ospedale in queste condizioni: stato grave, pallore profondo con lieve cianosi delle labbra, periodi di agitazione e tremore alternati a periodi di astenia e depressione, di tanto in tanto vomito biliare. Respiro frequente e superficiale. Azione cardiaca frequentissima, regolare: frequenza, misurata sull'elettrocardiogramma, 240 al m'.

Si somministrano due cartine di solfato di chinidina, da cgm. 60 l'una alle 14.30 e alle 17; e alle 19 si pratica una iniezione endovenosa di gm. 0.50 di chinino. Alle 21 l'attacco termina bruscamente. L'inferma si sente assai spossata; il polso è a 88. Complessivamente l'accesso è durato 42 ore.

Nei giorni successivi la paz. si va rimettendo rapidamente. L'esame obiettivo non rivela nulla di anormale; anche l'elettrocardiogramma eseguito all'infuori dell'accesso è perfettamente normale. Esce dal reparto in buone condizioni il 19 luglio.

È probabile, ma non è certo, che la terminazione dell'attacco sia dovuta alla chinidina: evidentemente per questa prima prova nulla fa escludere che l'attacco sarebbe cessato anche spontaneamente. Non crediamo invece che possa aver influito la iniezione di chinino perchè il farmaco dato per via endovenosa avrebbe dovuto produrre un effetto immediato, come ha agito nelle mani di Singer e Winterberg (vedi appresso), e come a noi stessi ha risposto, come diremo, la chinidina.

*
* *

In seguito l'inferma stette bene. Fece cure ricostituenti e prese tutti i giorni un infuso di china.

26 agosto 1925. Alle ore 3 circa scoppia bruscamente (in coincidenza con periodo mestruale) una nuova crisi di tachicardia parossistica, con i soliti sintomi di malessere, affanno, nausea. Presi subito cgm. 40 di chinidina vennero vomitati; poco dopo ne prese una seconda dose. In tutta la giornata stette discretamente bene, tanto che i parenti credettero cessato l'attacco; ma alle prime ore del mattino del 27 agosto riavvertiva di nuovo assai intensa la tachicardia e inoltre due o tre volte cadeva in lipotimia. Prende altra dose di 0.40 di chinidina e alle 11 viene portata in Ospedale. All'ingresso si presenta in condizioni abbastanza gravi: dispnea e cianosi modica; di tanto in tanto perde la coscienza per 15-20 m', poi risollevata da iniezioni eccitanti. Il cuore però non è ingrandito e il polso, all'infuori dei periodi di lipotimia, discretamente valido, per quanto frequentissimo (vedi appresso). Nausea e conati di vomito. Non ingrandimento del fegato; non edemi. Durante la

FIG. 1.

FIG. 2

Elettrocardiogrammi in I Derivazione, Tempo in 1/5 e 1/25 di m".

Fig. 1: Immediatamente prima della iniezione: tachicardia parossistica con frequenza 200 al m'.
Fig. 2: Subito dopo l'iniezione: ritmo normale con frequenza di 107 al m'.

giornata si prendono numerosi elettrocardiogrammi: essi dimostrano trattarsi di tachicardia parossistica del solito tipo atrio-ventricolare: è da questi tracciati che vennero desunte le frequenze appresso segnate. Alle 9 chinidina *per os* cgm. 40; alle ore 10 frequenza cardiaca 241.3, e alle 11.15 frequenza 187.5 (non cambiamento del ritmo). Alle ore 12 si pratica una iniezione endovenosa di ouabaina, 1/4 di mmg. Alle ore 13 chinidina *per os* 0.40. Le condizoni della paz. si mantengono gravi, ma non gravissime; predomina un senso di spossatezza e anche una lieve dispnea. Ma la crisi persiste; alle ore 17 la frequenza è di 187.5. Riuscita inefficace la chinidina per bocca (tranne forse un lieve miglioramento subiettivo, probabilmente attribuibile alla minore frequenza [effetto della chinidina?]), come anche la ouabaina, alle ore 17.35 si pratica una iniezione endovenosa di 20 cg. di

chinidina (1). L'effetto è nullo: alle 17.40 frequenza 181.8, alle 18.15 freq. 193.5, alle 18.30 freq. 199.5.

29 agosto. Ore 2: chinidina per bocca gm. 0.40. Alle 10, persistendo l'attacco parossistico, (vedi fig. 1), si pratica una seconda iniezione endovenosa di chinidina, ma a dose doppia (cg. 40) che si introduce assai lentamente: l'effetto è immediato: l'inferma è colta da forti conati di vomito, si sente assai male, diviene pallida, perde quasi completamente la coscienza, ma tutto ciò non dura che pochi minuti; contemporaneamente l'attacco cessa d'un tratto: pulsazioni 107 al m' (vedi fig. 2).

Nelle ore successive l'inferma si sente spossata; ma il giorno appresso è perfettamente ristabilita. Esce dall'ospedale il 2 settembre 1925.

* * *

Il terzo attacco al quale abbiamo assistito si presentava a circa due settimane e mezza dal precedente, e cioè il 12 settembre 1925. Insorgeva alle ore 15; veniva portata al reparto alle ore 17.30 e veniva curata ambulatoriamente. Previo un elettrocardiogramma, che dimostrava la solita forma con frequenza a 230.7, alle ore 17.45 si praticava una iniezione endovenosa di 0.40 di solfato di chinidina in 10 cmc. d'acqua; si faceva durare l'introduzione per circa 5 minuti. Durante l'iniezione l'inferma avverte malessere accentuato, senso di peso allo stomaco, nausea, senso di imminente lipotimia; subito dopo ha vomito. Pochi minuti dopo il polso è ritornato normale, come dimostra anche l'elettrocardiogramma, con una frequenza di 107. Nelle due ore successive l'inferma si sente assai spossata, ha senso di nausea, ma persiste un ritmo regolare a 90. Dopo due o tre ore si sente perfettamente bene, per quanto stanca, e lascia l'ospedale.

Segue nel periodo di tempo successivo, e precisamente dal 17 ottobre al 24 dicembre 1925, una altra degenza in Ospedale ma per altra causa che qui non ci interessa, e cioè per coliche epatiche e idrope della cistifellea. Prese di tanto in tanto della chinidina *per os* e crisi tachicardiche non si ripeterono più sino al 3 dicembre 1925. Nuovo attacco di tachicardia (quarto della nostra serie), a circa tre mesi dal precedente. Insorge verso le 3 del mattino; nella mattinata è portata all'ospedale dove è curata ambulatoriamente. Previo elettrocardiogramma, che dimostra il solito tipo di tachicardia, alle ore 10.55 si pratica una iniezione endovenosa di chinidina nella dose di 40 cg. e nella solita formula. Mantenendo l'inferma collegata all'elettrocardiografo si segue l'andamento del ritmo cardiaco sia durante l'iniezione che dopo (2): tanto l'andamento clinico che quello elettrocardiografico è perfettamente simile a quello della volta precedente, cioè passaggio al ritmo normale in pochi minuti, con quadro clinico impressionante di perdita di coscienza, vomito, pallore, cianosi.

Il 26 gennaio 1926 abbiamo un quinto attacco: insorto anch'esso nella notte verso le 3 è fatto cessare verso le 10 del mattino, col solito quadro, da una iniezione endovenosa di 40 cgm. di c... nidina.

Il 6 febbraio, a soli 11 giorni dall'attacco precedente, si produce un sesto attacco; e anch'esso fu fatto cessare poche ore dopo l'insorgenza con la chinidina endovenosa. Però per evitare il grave shok immediato si tentò una dose dimezzata, cioè di 20 cg., e si ottenne egualmente l'effetto.

Impressionati dalla sempre maggiore frequenza delle crisi, pur avendo trovato il mezzo per curarle, cercammo di impedirne la ricomparsa, somministrando quotidianamente una dose di 40 cg. di chinidina *per os*. Ma in ciò non fummo egualmente fortunati, perchè il 14 marzo 1926 insorgeva un settimo attacco, verso le 6 del mattino. Alle 11 praticavamo una iniezione endovenosa di 20 cg., visto che la volta precedente ne avevamo avuto egualmente il successo: si ebbe vomito e agitazione, non gravi, ma la straordinaria frequenza non si arrestava. Disgraziatamente in quel giorno per mancanza di fiale non potemmo ripetere la iniezione. Essa fu ripetuta, persistendo sempre l'attacco, il giorno successivo alle 14: ma, sempre impressionati del quadro clinico che accompagna l'iniezione volemmo anche questa volta limitarla a 20 cg.: ed avemmo ancora un insuccesso. Nè ottenne effetto una terza iniezione, pure di 20 cg., praticata 4 ore dopo la precedente. Volemmo con ciò tentare di praticare due iniezioni a breve distanza contenenti complessivamente la stessa dose: lo shok fu di fatto assai più lieve, ma il risultato fu nullo. Il giorno successivo, 16 marzo, l'attacco persisteva alla sua terza giornata; tuttavia le condizioni della paziente non erano eccessivamente gravi. Intanto andavamo incontro a una nuova difficoltà: le poche vene che nella paz. erano visibili, e del resto assai piccole, si erano trombizzate. Non arrestandoci per questo, mettevamo allo scoperto una vena ed in essa iniettavamo 40 cg di chinidina alle ore 10, e ripetevamo la iniezione alle ore 18, tutte e due le volte senza risultato. Il malessere fu meno accentuato del solito; aggiungiamo che la seconda volta unimmo nella siringa una fiala con cg. 0.25 di ouabaina: non ci sembra che questa abbia in nulla modificato l'effetto della sola chinidina. Il 17 marzo siamo alla quarta giornata: non riusciamo più a praticare iniezioni endovenose per le suddette difficoltà anatomiche, e ricorriamo allora alla iniezione intramuscolare della stessa soluzione. A proposito di queste dobbiamo dire che le prime, nel timore di produrre dolore, furono fatte immediatamente precedere, nella stessa sede, da 1 cmc. di novocaina al 2%, lasciando poi l'ago in posto per l'iniezione di chinidina, ma che anche senza questa precauzione esse riuscirono indolori; che esse furono praticate profondamente nei muscoli della regione glutea; che non si ebbe alcun segno di infiltrazione; che non si ebbe alcun malessere immediato. Ma tali iniezioni praticate due volte al giorno, e anche nella dose di 60 cg. per volta, non riuscirono a far cessare l'attacco. Questo terminava spontaneamen-

---

(1) Il solfato di chinidina da solo non è solubile in acqua; abbiamo adoperato la combinazione indicata da Gaglio, cioè l'associazione con uretano, con la seguente formula: solfato di chinidina gm. 0.20, uretano gm. 0.20, acqua distillata cmc. 5. Abbiamo sempre adoperato il solfato di chinidina di Howard.

(2) Faremo probabilmente oggetto di una ulteriore e più dettagliata comunicazione il modo abbastanza singolare con cui nel tracciato è apparso questo passaggio dal ritmo patologico a quello normale. Basti solo accennare che tale passaggio non fu brusco ma graduale.

te e bruscamente il 20 marzo alle ore 14, in settima giornata, dopo 152 ore dal suo inizio.

Finalmente il 3 aprile 1926, a soli 14 giorni dalla fine del precedente, insorgeva un ottavo attacco, l'ultimo della serie che qui si registra. Cominciato alle ore 8 si praticava la iniezione endovenosa alle ore 10.30, ma, ammaestrati da quanto era avvenuto la volta precedente, introducevamo senz'altro la dose intiera di 40 cg.: col solito quadro impressionante di senso di morte imminente, vomito, pallore, sudore freddo, durante e subito dopo l'iniezione, l'attacco cessava immediatamente.

*
* *

Riassumendo si tratta di otto attacchi di tachicardia parossistica rispetto al trattamento dei quali possiamo fare le seguenti osservazioni:

1) Dubbiamente efficace si è dimostrata la chinidina per via orale, a cui forse è da attribuire la cessazione del primo attacco; certo nessun risultato ne abbiamo avuto in questo caso come trattamento profilattico.

2) Non ebbero effetto la ouabaina endovenosa, il chinino endovenoso, la chinidina per via intramuscolare.

3) Quasi infallibile è invece riuscita la chinidina per via endovenosa: infatti, a cominciare dal secondo attacco in cui fu iniziato questo trattamento, il risultato non è mancato che una sola volta e cioè nel settimo attacco. Ma a questo proposito ci sembra di poter rilevare da un lato che è stata necessaria una dose sufficientemente alta, e dall'altro che è stato molto difficile, anche con questo mezzo, far cessare un attacco quando esso si era stabilito da un certo tempo, diciamo da più di 24 ore.

4) L'iniezione endovenosa di chinidina produsse sempre un effetto immediato grave e impressionante sulle condizioni generali del paziente; effetto che per altro è presto superato e ci sembra largamente compensato dal risultato della cessazione dell'attacco.

*
* *

Non è scopo di questa breve nota l'indagare il meccanismo d'azione di questo potente farmaco cardiaco: ricorderò solo esser noto che, come nella fibrillazione auricolare, anche nella tachicardia parossistica la somministrazione di chinidina *per os* può riuscire efficace mezzo curativo. Ci è quindi sembrato ovvio il pensare, dato l'insuccesso, nel nostro caso, della via orale, alla somministrazione per via endovenosa. Ma, per quanto mi consti, non è ancora stata pubblicata alcuna osservazione in cui la chinidina sia stata usata in questo modo. Per lo stesso scopo, e cioè per la tachicardia parossistica (come anche per altri disturbi del ritmo). Singer e Winterberg (1) hanno adoperato iniezioni endovenose di chinino con risultato favorevole, anche in più di un attacco, in quattro casi; con insuccesso in altri quattro. Ma si è visto che l'iniezione di chinino nella nostra paziente non riuscì ad interrompere l'accesso; come, del resto, sono riusciti infruttuosi tutti gli altri mezzi e farmaci che vengono abitualmente consigliati.

Concludendo, ci sembra di poter indicare nella iniezione endovenosa di chinidina, nei casi ribelli e prolungati di tachicardia parossistica, un metodo degno di attenzione e da adoperarsi su più larga scala.

OSPEDALE CIVILE DI ASSISI.

Un caso di rianimazione del cuore coll'iniezione intracardiaca di adrenalina.

Dott. BUZI EMILIO.

La convinzione che ogni nuovo successo ottenuto con questo mezzo, molto pratico per la sua semplicità e prezioso per i suoi effetti, debba essere conosciuto dai chirurgi ai quali sopratutto può, da un momento all'altro, offrirsi l'occasione per esperimentarne l'efficacia ed utilità, mi induce a pubblicare questo mio caso.

F. Alessandro, di anni 72, colono, è ricoverato nell'Ospedale di Assisi il 5 aprile 1926 colla diagnosi di ritenzione completa d'urina per ipertrofia prostatica. È un vecchio ritenzionista parziale che 3 anni fa ebbe un primo accesso di ritenzione totale con conseguente cistite. Da 2 giorni urina molto stentatamente a gocce e con grandi sofferenze; verso sera ha elevazione di temperatura preceduta da brividi.

All'esame obbiettivo si nota: individuo in condizioni generali molto scadenti con i segni della grave intossicazione urinosa; colorito pallido-terreo, lingua secca coriacea, qualche colpo di singhiozzo. Polso teso, duro intermittente; toni cardiaci deboli, 1° tono aortico velato, 2° accentuato metallico, catarro bronchiale diffuso. Il globo vescicale è sporgente all'ipogastrio fino all'ombelico; il cateterismo, praticato con sonda metallica a grande curva Mercier, dà esito a circa un litro di urina purulenta, fetida. L'esplorazione rettale rileva la sporgenza dei lobi prostatici aumentati di volume, di consistenza fibrosa elastica. L'urina estratta è torbida, lievemente acida, peso specifico 1007, albumina presente, circa 1 ‰, urea gr. 9,51 ‰.

L'esame del sedimento mostra moltissimi leucociti isolati e a gruppi, cellule vescicali dei vari strati, emazie, cilindri ialini e granulosi, non elementi renali.

Dato lo stato generale miserevole del paziente e le condizioni settiche della vescica, prima di ope-

---

(1) SINGER R. u. WINTERBERG H. *Chinin als Herz- und Gefässmittel*. Wiener Archiv. für innere Medizin., III Band, 1922, pag. 329.

rarlo lo sottoposi a cura preparatoria con cateter a permanenza, iniezioni endovenose di urotropina Schöring (fino a 4 grammi al giorno) e dieta prevalentemente lattea. Dopo una settimana la temperatura era tornata normale, le condizioni generali erano leggermente migliorate, l'urina un po' più chiara. L'esame, ripetuto il 14 aprile, dava peso specifico 1012, urea aumentata da 9,51 ‰ a 11,23 ‰, lievi tracce di albumina. Però l'esame microscopico del sedimento dimostrava sempre una cistite abbastanza intensa con persistente risentimento renale. Mi parve indicazione urgente di drenare e mettere a riposo la vescica con una epicistostomia, salvo poi a praticare in secondo tempo l'enucleazione dell'adenoma prostatico, se le condizioni generali del paziente lo permettessero.

Operazione (16 aprile 1926). — Rachianestesia con 8 ctgr. di novocaina Meister Lucius. Pochi minuti dopo la puntura lombare, mentre stavo praticando la lavanda preliminare della vescica, mi avvidi, volgendo lo sguardo al paziente, che il suo volto si era fatto di un pallore cadaverico: chiamato per nome non dava segni di coscienza. L'assistente trovò il polso filiforme, la respirazione superficiale. Furono praticate le solite iniezioni eccitanti, ma il polso invece di riaversi scomparve completamente, la respirazione divenne più superficiale e rara. Altre iniezioni eccitanti, qualche colpo di respirazione artificiale, l'ossigeno, riuscirono senza effetto, il cuore aveva cessato completamente di battere. Si aveva scomparsa dei riflessi oculari, midriasi pupillare, occhi vitrei; ancora qualche raro respiro e poi arresto anche di questo con caduta della mandibola e facies cadaverica.

Mi trovavo davanti ad un caso drammatico di sincope bianca del cuore, e mentre, esauriti gli ordinari mezzi, vedevo svanire ogni speranza di richiamare in vita il paziente che consideravo ormai inesorabilmente perduto, volli tentare l'iniezione intracardiaca di adrenalina, come estrema risorsa. Preso l'ago che mi aveva servito per la puntura lombare, lo infissi nel 4° spazio intercostale ad un centimetro circa dal margine sinistro dello sterno, lungo il bordo superiore della 5ª cartilagine costale. Lo diressi dapprima un po' obliquamente verso la linea mediana, e quando fui dietro lo sterno, lo raddrizzai e lo affondai per circa 5 centimetri seguendo la linea mediana. Nell'attraversare la parete cardiaca ebbi una vaga sensazione di maggior resistenza, ma non ben netta: l'ago restò immobile e dal suo padiglione non uscì nessuna goccia di sangue. Solo basandomi sulla direzione e sulla profondità a cui era giunto l'ago potei arguire di essere penetrato nella cavità cardiaca. Dal momento in cui si era verificato l'arresto del cuore e del respiro erano trascorsi circa 5 minuti. Allora iniettai dolcemente circa 3 cmc. di soluzione di adrenalina al ‰, ossia 3 mgr., e subito dopo ritirai l'ago che per 3 cm. verso la punta era macchiato di sangue.

Dopo 4-5 secondi tanto a me che agli assistenti ci parve di notare il ritorno di una lieve colorazione sanguigna, alle regioni zigomatiche, e mentre ci interrogavamo ansiosi sulla realtà del fatto, ci accorgemmo che tornava il polso alle carotidi dapprima leggero, poi sempre più forte in modo da sollevare accentuatamente la cute delle regioni carotidee: nell'istesso tempo tornò il polso alle radiali, 120 battute, regolare e valido, e mentre osservavo il sollevamento ritmico del polso aortico all'epigastrio, mi colpì il color rosso vivo sempre più acceso che andava prendendo la cute. Dopo circa 3 minuti dalla iniezione, quando la circolazione si era riattivata validamente, ricominciarono le respirazioni dapprima rare e superficiali, poi sempre più ampie e frequenti. Il ritorno dei riflessi oculari si ebbe contemporaneamente al respiro, la coscenza fu l'ultima a ristabilirsi. Dopo una ventina di minuti il paziente era del tutto coscente ed in condizioni tali che potei eseguire la cistotomia soprapubica. Quando il malato fu riportato a letto il polso aveva 100 battute, era regolare e forte, la respirazione affrettata: alla sera il polso scese a 90 conservandosi sempre buono. Nelle prime 24 ore il malato presentò il colore rosso vivo della pelle, un certo grado di confusione mentale ed agitazione che in seguito scomparvero gradatamente. Il decorso post-operatorio da principio fu normale; dopo una dozzina di giorni cominciò a diminuire la quantità dell'urina emessa nelle 24 ore, si ebbe qualche conato di vomito con qualche colpo di singhiozzo, il polso divenne frequente ed intermittente, si manifestò indebolimento generale progressivo, avversione per qualunque cibo, poi apatia, sopore e al 20° giorno dall'atto operativo avvenne la morte con i segni di un'insufficienza cardio-renale ribelle a tutti i mezzi usati per combatterla, non esclusa un'iniezione di 2 mgr. di adrenalina nelle vene.

Dopo che il Winter nel 1905 ebbe sperimentato con esito favorevole sugli animali l'iniezione intracardiaca di adrenalina, fu il Crile che per primo applicò il metodo all'uomo, ottenendo una sopravvivenza di un'ora e 15 minuti in un ferito operato in narcosi cloroformica di resezione di un lobo polmonare gangrenato. Però lo Zuntz in Germania nel 1919 ottenne il primo successo definitivo in un caso di sincope per narcosi con miscela di Schleich. Dopo di lui le applicazioni nel campo chirurgico sono andate via via moltiplicandosi ed attualmente si possono citare una quarantina di casi nei quali si è avuto più del 50 % di successi con sopravvivenza definitiva: è questa una percentuale molto incoraggiante che diverrà sempre migliore qualora si ricorra al metodo sollecitamente senza perdere soverchio tempo in altri tentativi.

L'iniezione riesce ugualmente efficace sia che si pratichi nel ventricolo sinistro che nel destro, sia nelle cavità ventricolari che nel muscolo cardiaco. L'adrenalina, secondo le esperienze di Gottlieb, agisce non sulle fibre muscolari del cuore, ma sui centri nervosi autonomi di esso ai quali viene portato in gran parte dai vasi linfatici e su di essi ha un'azione specifica. Secondo nuove vedute (Baglione) l'azione di essa non si esplicherebbe sui centri autonomi cardiaci, ma sui centri bulbari del cuore e del respiro ai quali la sostanza verrebbe spinta dal cuore di cui la semplice puntura dell'ago basterebbe a stimolare le prime con-

trazioni. Nel mio caso ho praticato l'iniezione nel 4º spazio rasentando il margine sinistro dello sterno che è il punto generalmente preferito. Con esso si punge sulla faccia anteriore del ventricolo destro e si evita la lesione dei vasi mammari, del polmone, dei vasi coronari e delle zone cardiache pericolose che sarebbero il setto interventricolare e l'atrio-ventricolare. Altri invece preferirono portare il farmaco nel ventricolo sinistro pungendo più all'esterno, a 2-3 cm. dal margine sternale e non ebbero inconvenienti. In genere si consiglia di iniettare 1-2 mgr. di adrenalina; nel mio caso ne iniettai 3 mgr. Alcuni, per rendere meno fugace l'azione di essa, hanno pensato di aggiungervi la pituitrina, altri anche la strofantina.

La cosa essenziale davanti ad una morte istantanea per sincope operatoria, se si vuol ricorrere a questo metodo prezioso, è la pronta decisione seguita da rapida azione, di modo che l'iniezione possa essere fatta non oltre 8-10 minuti dal momento dell'arresto del cuore e della respirazione: nei casi in cui l'iniezione fu praticata oltre i 10 minuti, si ebbe solo una riviviscenza transitoria di qualche minuto o di qualche ora. Il metodo può essere anche associato al massaggio del cuore specialmente se la cavità addominale o toracica si trovino già aperte per l'operazione che si stava eseguendo.

Riguardo alle indicazioni credo utile riportare la classifica fattane da Henschen che le distingue in chirurgiche e mediche. Le *chirurgiche* sarebbero: asfissia nel corso delle narcosi, collasso operatorio, paralisi cardiaca post-operatoria o peritonitica, indebolimento cardiaco nel corso di operazioni sul cuore stesso o sui grossi vasi della base (operazione di Trendelenburg nell'embolismo polmonare) shock traumatico, morte per fulmine o per corrente ad alta tensione. Le *mediche* sarebbero: caso di morte acuta del cuore, con persistenza della respirazione, in cui le iniezioni medicamentose periferiche restano senza effetto in seguito all'arresto della circolazione sanguigna: cardiaci agonizzanti per insufficenza o stenosi mitralica scompensate; insufficenza cardiaca dei nefritici, debolezza del miocardio, collasso cardiaco degli stati infettivi e delle intossicazioni (ossido di carbonio, cloralio, ecc.). Però è da notare che mentre nel campo chirurgico il metodo ha dato brillanti e frequenti successi, in quello medico fino ad ora i risultati sono stati molto sconfortanti.

BIBLIOGRAFIA.

HENSCHEN. *La riviviscenza del cuore sotto l'azione dell'iniezione peri- ed intracardiaca e della saignée cardiaca.* Schweizerische Mediz. Wochen., 1920, fasc. 1, n. 14. Rif. in Journ. de Chirurgie, t. XVII, n. 3, mars 1921.

ARMSTRONG (Leicester). *Resurrezione dopo morte apparente.* The British Medical Journal, 1922, n. 3187, pag. 141. Rif. in Journal de Chirurgie, tome XX, n. 2, août 1922.

BAUMANN. *Iniezioni intracardiache di adrenalina nella sincope cardiaca.* Schweizerische Mediz. Wochensch., tom. 52, n. 8, febbraio 1923. Rif. in Journal de Chirurgie, tome XXI, n. 5, mai 1923.

PETIT-DUTAILLIS. *La reanimation du coeur par les injections intracardiaques d'adrénaline dans les syncopes opératoires.* Journal de Chirurgie, tome XXII, n. 6, dicembre 1923.

BASTIANELLI R. *Rianimazione mediante iniezione di adrenalina nel ventricolo sinistro del cuore.* R. Accademia Medica di Roma. Seduta del 23 febbraio 1924. Policlinico, Sez. pratica, fasc. 21, maggio 1924.

CERVINI. *Iniezione intracardiaca di adrenalina in un caso di shock da pneumotorace artificiale.* Policlinico, Sez. pratica, anno XXXI, fasc. 26, giugno 1924.

RAESCHKE (Lingen-Ems.). *Iniezione intracardiaca di adrenalina in una sincope nel corso della rachianestesia.* Zentralblatt f. Chirurgie, t. 51, n. 30, luglio 1924. Rif. in Journal de Chirurgie, tome XXIV, n. 4, ottobre 1924.

MASOTTI. *Rianimazione del cuore con iniezione intracardiaca di adrenalina nel corso della sincope per rachianestesia.* Policlinico, Sez. pratica, anno XXXII, fasc. 1, 1924. Rif. in Journal de Chirurgie, tome XXV, n. 5, mai 1925.

E. CHAMBARD-PARTHENAY. *Réanimation par l'adrénaline intracardiaque.* Archives médico-chirurgicales de Province, anno XV, n. 4, avril 1925. Rif. in Journal de Chir., tome XXV, n. 5, mai 1925.

PLACINTIANU (Jassy). *Réanimation du coeur en cas de syncope opératoire per injection intracardiaque d'adrénaline: un cas personnel.* Spitatul, tome XLV, n. 4, avril 1925. Rif. in Journal de Chir., tome XXVI, n. 6, juillet 1925.

CH. LENORMANT, A. RICHARD et J. SENEQUE (Paris). *Deux cas de réanimation du coeur, l'une temporaire, l'autre definitive par l'injection intracardiaque d'adrénaline.* Presse méd., anno XXXII, n. 22, 1924. Rif. in Journal de Chir., tome XXVI, n. 2, août 1925.

SPECIALE. *L'iniezione intracardiaca d'adrenalina per sincope operatoria.* Policlinico, Sez. pratica, anno XXXII, fasc. 33, 17 agosto 1925. Rif. in Journal de Chir., t. XXVI, n. 5, novembre 1925.

STROPENI. *La rianimazione del cuore per mezzo dell'iniezione intracardiaca di adrenalina.* Rivista Medica Subalpina, anno XX, n. 9-10, septembre-octobre 1925.

SCHAPIRO (Memel). *Un cas de réanimation par l'injection intracardiaque d'adrénaline dans une syncope postopératoire.* Zentralblatt für Chirurgie, tom. LII, n. 15, avril 1925. Rif. in Journal de Chirurgie, tome XXVI, n. 1, juillet 1925.

TASSO ASTERIADES (Salonique). *Trois cas de reviviscence du coeur après syncope anesthésique, l'une définitive, les deux autres temporaires par injection intracardiaque d'adrénaline.* La Presse médicale, anno XXXIII, n. 38, 1925. Rif. in Journal de Chirurgie, tome XXVII, n. 2, février 1926.

18 giugno 1925.

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO MEDICO LEGALE PER L'AERONAUTICA
MONTECELIO (ROMA)
diretto dal ten. col. med. prof. ALBERTO SANTAMARIA.

Un nuovo segno per la esplorazione della funzionalità del diaframma

per il dott. FELICE PARODI,
ten. medico incaricato del Rep. Psicofisiologico.

In un mio lavoro, « Le phénomène de Kienboeck et les déplacements du Médiastin », che sarà prossimamente pubblicato sugli « Archives de médecine et chirurgie des maladies respiratoires » del prof. Sergent, ho dato la dimostrazione dei principi meccanici che regolano la respirazione toracica. Ho dimostrato, cioè, che quest'ultima è regolata automaticamente dal ritmico spostamento del cuore in direzione verticale, movimento questo, subordinato al valore dinamico della escursione inspiratoria ed espiratoria dei due emidiaframmi.

FIG. 1.

Ho considerato questi ultimi secondo i principi della dinamica, come due forze uguali e cospiranti la cui azione si esercita nella direzione della loro risultante come si può vedere nella figura qui unita.

Da essa si comprende come la forza di aspirazione inspiratoria esercitata dal movimento sincrono del cuore e dei due emidiaframmi, si applica oltrechè sulla faccia interna dei polmoni, fissandone il perno di movimento rappresentato dall'ilo, anche ed in modo particolare, su tutti gli organi che si trovano sulla risultante del parallelogrammo delle forze costruito sui diaframmi e sul suo prolungamento.

Ne viene di conseguenza che i due emidiaframmi esercitano, alla inspirazione, una trazione sul centro della biforcazione dei grossi bronchi, sulla trachea e quindi sulla cartilagine tiroide. Questa azione di stiramento viene operata per l'intermedio del peso del cuore attraverso al quale passa la sopranominata risultante, che coincide, in condizioni fisiologiche, coll'asse verticale del cuore stesso, determinandone l'abbassamento inspiratorio e la formazione di una depressione mediastinica che equilibra la depressione endopleurica.

Ne viene come conseguenza che i movimenti del cuore, comunemente inteso come mediastino mobile, sono subordinati all'attività dinamica dei due emidiaframmi per cui l'asincronismo e l'ineguaglianza dinamica nella loro azione, porta ad uno spostamento del mediastino che ha luogo nella direzione della risultante stabilita dalle nuove condizioni statiche e dinamiche dei due emidiaframmi.

Ogni alterazione del movimento fisiologico degli emidiaframmi, secondaria a lesioni cardiache o pleuropolmonari, sposta la risultante dal suo naturale centro che passa per il centro meccanico del diaframma ed è parallelo alla linea mediana del torace, oppure modifica il valore dinamico della attrazione inspiratoria del mediastino riducendone il movimento verticale di una quantità proporzionale alla perdita della energia dinamica dei due emidiaframmi. La risultante deviata dalla linea mediana fisiologica, interseca obliquamente verso destra o verso sinistra l'asse verticale della trachea e della cartilagine tiroide, per conseguenza lo spostamento in basso di quest'ultima avviene disugualmente e con maggior ampiezza dalla parte dove la trazione è maggiore, generando un movimento di basculle nel quale la parte che meno si abbassa corrisponde all'emidiaframma meno mobile. Su questa constatazione di natura meccanica è basata l'esplorazione dell'azione diaframmatica a mezzo della ricerca dell'ampiezza di spostamento della cartilagine tiroide.

Per la ricerca di questo segno è preferibile che il paziente sia a giacere sul dorso in posizione orizzontale ed invitato a respirare il più possibile profondamente colla base del torace; il capo deve essere leggermente flesso in addietro in modo che la cartilagine tiroide si renda sporgente, così da essere ben visibile senza essere stirata, cosa particolarmente facile negli uomini.

L'osservatore, scelto come punto di repere l'apice della cartilagine tiroide dispone a V l'indice ed il pollice facendo scorrere la parte ventrale di queste due dita in modo che essa sia parallela rispettivamente al margine superiore destro e sinistro della cartilagine stessa.

Il margine inferiore di questo V aperto in addietro toccherà dunque il margine superiore della cartilagine tiroide, sfiorandolo, non esercitando su di esso pressione alcuna, mentre il margine superiore rasenterà il bordo inferiore dell'osso ioide; le punte del pollice e dell'indice si troveranno nell'angolo compreso tra l'osso ioide e la cartilagine tiroide. Durante le profonde inspirazioni, se i due emidiaframmi sono ugualmente mobili, le dita poste sul margine superiore della cartilagine tiroide, percepiranno uno spostamento uniforme verso il basso ed *in toto* della cartilagine nominata, nel caso contrario la cartilagine si sposterà inegualmente ai due lati ed obliquamente, di più verso quella parte dalla quale il diaframma è più mobile. L'abbassamento della cartilagine tiroide si percepisce particolarmente per la valutazione delle modificazioni dei rapporti di distanza tra la cartilagine tiroide mobile e l'osso ioide punto quasi fisso.

Il metodo è esatto e di facile valutazione specie nei casi nei quali uno dei due emidiaframmi è completamente immobile, negli altri casi nei quali si tratta di apprezzare una sola diminuizione nella dinamica di uno degli emidiaframmi (cuore fisso o polmoni rigidi) è necessario esercitare la sensibilità delle dita che esplorano, cosa che riesce con poco esercizio.

Questo segno può essere un rapido controllo dei sistemi di delimitazione plessica noti, inoltre in molti casi, ci dà una conferma sulle condizioni statiche e dinamiche della parte mobile del mediastino.

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

La calotta protettiva « Tego ».

Cav. Dott. E. M. POLETTI.

Di grande utilità riuscirà la conoscenza al medico pratico della calotta protettiva plastica denominata « Tego » dall'inventore dottor cav. Abate, medico provinciale di Bergamo.

Detta calotta si compone di una piccola custodia circolare a forma di bottoncino cavo, di grandezza variante da 1 a più centimetri quadrati, di sostanza celluloide a consistenza dura, con un lembogiro di cerotto adesivo.

I preziosi servigi che detta calotta protettiva può rendere, nessuno meglio di me è in grado di aver constatato, sia dal lato obbiettivo che subbiettivo.

Il mese scorso ebbi a soffrire di un doloroso foruncolo alla faccia. La posizione di per sè era tale, che mal s'adattava a una regolare fasciatura, e d'altra parte una compressione con cerotto o analoga fissazione aderente, mi sarebbe riuscita oltremodo dolente. Invece, applicai la calotta protettiva « Tego » n. 2, cioè di media grandezza, in modo che tutto il bubboncino a cratere purulento ed estremamente spasimoso, venisse accolto entro la custodia dura di celluloide, tenuta aderente per mezzo del lembogiro di cerotto: realizzando così praticità, eleganza ed economia.

Perciò, nei piccoli favi o ascessi, nelle ferite circoscritte od altre lesioni limitate della cute, e nei foruncoli in genere, specie se situati al dorso o al ventre, in quei punti cioè ove sarebbe troppo costoso e ingombrante applicare una fasciatura, la calotta protettiva plastica « tego » trova la sua ovvia applicazione, poichè preserva dallo strofinio degli indumenti, dalla adesione della stessa fasciatura, evitando infezioni, confricazioni infiammatorie, e rendendo possibile il permanere sulle dette lesioni, di pomate, polveri, tinture o sostanze

medicamentose che altrimenti sarebbero assorbite o asportate dalla biancheria o dal bendaggio.

In pediatria, l'uso della calotta è indicatissimo, a proteggere il monconcino del cordone ombelicale dei neonati: si eviterà l'antiigienica e facilmente insudiciabile fasciatura, causa di compressione dell'addome e di... strilli della piccola vittima; mentrechè, se si vuole affrettare l'essiccamento del bottoncino ombelicale, basterà con una forbice o spillo bucherellare la superficie del celluloide per areare l'interno della calotta.

Ma la maggiore e veramente importante applicazione che la calotta protettiva « tego » offre, io l'ho riscontrata nelle vaccinazioni antivaiolose.

Fino ad oggi, noi medici condotti dei grandi centri rurali c'eravamo trovati di fronte ad un — non angoscioso ma certo non trascurabile — dilemma: lasciare, secondo alcuni autori, la superficie del braccio vaccinato, senza bendaggio? e allora incorrere in frequenti e preoccupanti complicanze secondarie, con pustole settiche cancrenose fagedeniche. O proteggere il braccio vaccinato con fasciatura asettica? col pericolo tuttavia immediato di asportare il virus vaccinico e render vana l'inoculazione.

Problema vittoriosamente risolto dalla calotta protettiva « tego ».

Io ne ho avuto una prova molteplice inconfutabile recentissima: nelle vaccinazioni jenneriane fatte in questa mia vasta plaga consorziale. In un solo pomeriggio, nel paese di Sforzatica, oltre 150 furon i piccoli da me vaccinati: per ognuno, 2 le zone di scarificazione e 2 le calotte n. 1, n. 2 applicate. E bisognava vedere la soddisfazione ammirata e i commenti compiaciuti della popolazione che, pur nella sua semplicità, intelligentemente costatava la rapidità d'applicazione e la praticità d'uso delle calotte protettive. Le quali, essendo trasparenti, permettono di scorgere l'evoluzione della pustola vaccinica.

Così pure ho iniziato l'uso delle calotte plastiche « tego » nell'Infermeria dei grandiosi Stabilimenti metallurgici di Dalmine; con esse mi propongo di realizzare economia e praticità nella più semplice armonia: evitando fasciature costose e ingombranti per quei foruncoli o piccole ferite al dorso, alle coscie, alle braccia, alla faccia, le cui bendature impedirebbero il libero uso dell'arto, con spreco inutile di materiale sanitario.

Dalmine (Bergamo).

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La paraplegia del morbo di Pott.

(M. OLIVERAS DEVESA. *Revista españ. de médic. y cir.*, 1926, n. 94).

Complicazione relativamente frequente nel morbo di Pott, sono i disturbi nervosi di ambedue le estremità addominali, sotto forma di paresi o paraplegie. L'A. fra 75 casi di morbo di Pott infantile osservati, ha contato 11 paraplegie cioè quasi il 15 %. Le statistiche dell'italiano Valtancoli, su 1004 casi ne conta il 10 %. Più del 90 % delle paraplegie si presenta nel Pott dorsale, sono frequenti però anche le paraplegie in lesioni pottiche cervicali o lombari. Di regola questi disturbi nervosi compaiono nel periodo di stato della malattia, cioè, nel secondo anno. Esistono senza dubbio alcune paraplegie che si iniziano precocemente nei primi mesi, e si caratterizzano per la gravità e per accompagnarsi molte volte con disturbi degli sfinteri. All'opposto nel terzo anno o dopo, è raro vederle. Un 65 %, convenientemente trattati guariscono senza lasciare relitto alcuno. Generalmente la loro evoluzione è lenta, ed una volta istallatesi, trascorrono mesi ed anni, senza notarsi variazioni apprezzabili. Quattro soli dei pazienti dell'A. morirono.

Quanto alla terapia non bisogna far astrazione dai mezzi di cura contro la tubercolosi ossea, considerando a parte l'immobilizzazione assoluta: l'immobilizzazione regolare, è però tutto; l'immobilizzazione fatta bene ed a tempo evita gli ascessi intrarachidei che sono la causa delle paraplegie, come li cura una volta formatisi: dobbiamo recisamente opporci alla famiglia del p. od al p. stesso, desiderosi di cure ambulatorie, a base di apparecchi meccanici: nè questi, nè l'operazione di Albee, nè quella di Hibbs, sono di tanta efficacia quanto il decubito appropriato; la terapeutica integrale del male di Pott paraplegico, è variabile in ciascun momento di malattia: in esso molta importanza va data anche alla cura eliomarina, al regime, ai trattamenti, scientificamente provati e sanzionati dalla pratica, cosidetti specifici: della sanocrisina nella tubercolosi ossea fin da questo momento si può dire che i risultati non sono molto soddisfacenti, abbenchè debba ogni conclusione considerarsi come prematura.

MONTELEONE.

Le forme basse dell'encefalo-mielite epidemica.

(R. CRUCHET et H. VERGER. *Presse méd.*, 1926, n. 47).

Nel 1917 R. Cruchet, adottando il termine di encefalo-mielite, volle indicare, nei casi i quali nel resto sono compresi nel quadro della encefalite epidemica, l'esistenza di localizzazioni basse, oltre quelle propriamente encefaliche.

Nelle forme basse della encefalo-mielite epidemica si possono considerare delle forme mielitiche, radicolari e polinevritiche.

La forma mielitica si presenta sotto diversi tipi. Il tipo anteriore ricorda molto la poliomielite anteriore dell'adulto. Inizia con febbre e con fenomeni dolorosi acuti, fra i quali spesso una vaga sensazione dolorosa all'altezza di qualcuna delle vertebre corrispondenti alla localizzazione midollare, che può essere qualche volta precisata con la pressione sulle apofisi spinose. Tali fenomeni acuti spariscono in qualche giorno, mentre interviene la paralisi flaccida, seguita rapidamente da atrofia. Il liquido cefalo-rachidiano è abitualmente normale, la sensibilità conservata, gli sfinteri intatti. La guarigione della paralisi può essere completa in qualche mese, ma spesso persistono delle atrofie limitate.

Il tipo laterale o spasmodico ricorda la sindrome descritta sotto il nome di tabe dorsale spasmodica (paraplegia spasmodica tipica, senza disturbi della sensibilità e degli sfinteri). In alcuni casi alla paraplegia spasmodica segue un certo grado di atrofia muscolare.

Il tipo posteriore si presenta come una tabe galoppante. Se ne differenzia per l'assenza di alterazioni pupillari e di modificazioni del liquido cefalo-rachidiano. Il decorso è generalmente regressivo.

Esistono poi, e più numerose, delle forme di mielite diffusa, che risultano dalla associazione dei tipi precedenti. Osservando per mesi ed anni gli ammalati, si assiste a delle trasformazioni sorprendenti, nelle quali tutti i tipi descritti sono successivamente rappresentati. Qualche volta le lesioni midollari si estendono orizzontalmente, realizzando il tipo clinico della mielite trasversa.

Le forme radicolari sono caratterizzate da dolori nevralgici folgoranti, persistenti, con riflessi attenuati, raramente aboliti, liquido cefalo-rachidiano indenne, Wassermann negativa, pupille normali. La durata varia da qualche settimana a qualche mese, la guarigione è abituale.

Sulle forme polinevritiche molto si discute. Nel maggior numero dei casi, nei quali sono presenti sintomi polinevritici, un esame attento dimostra che si ha da fare con forme midollari. Si tratta in genere di paralisi flaccide, con abolizione dei riflessi, senza vera anestesia, a distribuzione non sistematica, interessanti territori abitualmente risparmiati dalle polinevriti. Il dolore alla pressione dei muscoli paralizzati non è sufficiente per ammettere in tali casi una polinevrite. Uguali considerazioni suggerisce la psicosi di Korsakoff, segnalata per la prima volta nell'encefalite epidemica da Cruchet e Calmettes, che viene classificata fra le polinevriti, mentre in realtà la maggior parte dei suoi sintomi parlano per un'affezione di ordine prevalentemente encefalico, con lesioni di meningite rachidiana associata a lesioni mielitiche. Esistono poi delle forme di paralisi del tipo delle paralisi differiche, classicamente polinevritiche, nelle quali non può essere invocata l'origine differica e che, per il genio epidemico, possono essere riferite al virus encefalitico. In conclusione, è dubbia l'esistenza di vere forme polinevritiche dell'encefalo-mielite.

Carattere comune a tutte le forme descritte è la estrema diffusibilità delle lesioni, per cui le forme sistematizzate anteriori, laterali o posteriori sono rare rispetto alle forme in cui le lesioni midollari si diffondono in altezza od in larghezza. In assenza di un criterio biologico, ancora da trovare, la filiazione di queste forme basse con l'encefalomielite legittima, si deduce da tre ordini principali di dati: 1) il genio epidemico e la coincidenza di un gran numero di mielopatie con le epidemie di encefalo-mielite; 2) l'esistenza frequente, all'inizio, di sintomi passeggeri encefalici ed infettivi (specie diplopia, sonnolenza, mioclonie); 3) la singolarità del raggruppamento sintomatico o dell'evoluzione.

Per l'evoluzione capricciosa, il prognostico è sempre incerto. Se in alcuni casi la morte interviene rapidamente, in altri si assiste alla guarigione completa o con reliquati di scarsa importanza.

TOSCANO.

VIE RESPIRATORIE.

Indicazioni e tecnica dell'oleothorax.

(F. BESANÇON, P. BRAUN e R. AZAULOY. *Paris Médical.*, n. 8, 1926).

Gli AA. riassumono la storia sull'argomento e ricordano come Wigner, Reklinghausen e Glimm, fin dal 1906, introdussero nelle sierose l'olio antisettico.

Peiser, Lériche e Armand lo adoperarono nelle peritoniti acute e conclusero che l'olio sembrava ostacolare la formazione di aderenze a livello della sierosa infiammatoria.

Il Bernon dette a tale metodo il nome di *Oléothorax* e lo applicò nei versamenti purulenti sia spontanei, sia secondari al pneumotorace curativo.

Più tardi, in collaborazione con Maigneteaux l'uso per combattere la sinfisi della pleura dopo la pleurite e anche nella cura delle pleuriti purulente tubercolari.

A questi seguirono non pochi lavori sull'argomento (Tin, Woil, Küss, ecc.). L'*oleothorax* trova la sua indicazione:

1) Nei versamenti purulenti tubercolari secondari al pneumotorace artificiale.

2) Nei pio-pneumotoraci spontanei.

3) Nelle pleuriti purulente miste da pneumotorace (pio-pneumotorace tubercolare o da germi settici associati).

Oltre tali indicazioni formali, l'oléothorax trova la sua applicazione razionale nelle sinfisi pleuriche secondarie a versamenti, siano siero-fibrinose o purulenti.

Per quello che si riferisce al meccanismo con cui agisce l'oléothorax occorre ricordare:

1) L'*azione meccanica*, che è la più importante. L'olio, riassorbendosi, molto più lentamente dell'aria, agisce in modo continuo e costante.

La compressione del polmone è più regolare e più efficace.

Inoltre nel pneumotorace da fistola, obliterando la fistola bronco-pleurica, impedisce il passaggio dell'aria e delle secrezioni bronchiali più o meno ricche di germi.

2) *Azione antisettica.* È discussa l'azione antisettica del gomenolo intrapleurico.

3) *Azione nutritiva.* Tale azione è dovuta all'assorbimento più o meno lento a seconda delle condizioni pleuriche, dell'olio stesso, il quale ha un alto valore nutritivo.

Gli insuccessi della cura debbono essenzialmente attribuirsi al fatto che le lesioni siano molto avanzate.

Gli accidenti sono molto rari e appaiono nei casi di pio-pneumotorace con fistola. Consistono in crisi di soffocazione e di tosse determinate dall'irritazione dei bronchi dovuta al gomenolo.

Quanto alla tecnica, l'istrumentario consiste nell'apparecchio di Küss per misurare la pressione e di Potain, di tubi sterili di caoutchouc e degli accessori di un termocauterio (palla, ecc.).

Gli AA. si servono del trequarti di Küss o di un tubo a T con due pinze per evacuare il pus da una parte e introdurre l'olio dall'altra. Usano l'olio di oliva lavato con alcool contenente il 2 % di gomenolo. È contenuto in ampolla di 250 cmc. sterilizzato e tiepido. Prima di praticare l'oléothorax è opportuno saggiare la suscettibilità pleurica con una iniezione di 10-20 cmc. di olio-gomenolato.

T. LAURENTI.

La frenicectomia nelle malattie polmonari.

(MAURER. *Paris Médical*, n. 8, 1926).

L'A. fa delle considerazioni sull'argomento riferendosi a 32 casi operati di cui 30 da lui stesso e 2 da Merle D'Aubigné.

Questi 32 casi erano così divisi rispetto alle malattie: 22 casi di tubercolosi polmonare, 6 casi di bronchiettasia, 4 casi di gangrena polmonare. Tale metodo è interessante per diverse ragioni, anzitutto può rimpiazzare il pneumotorace quando non è indicato e quando è impossibile poterlo praticare oppure può associarsi ad un pneumotorace i cui effetti siano insufficienti. Inoltre i risultati sono più certi e costanti che con la semplice frenicotomia, poichè nei 3/4 dei casi l'emidiaframma non resta immobilizzato (Yochtze e Félix). Quanto alle *indicazioni* della frenicectomia esse sono state ben precisate da Alexander e cioè: 1) *estensioni* delle lesioni, è preferibile che si tratti di lesioni unilaterali ma la regola non è assoluta come per il penumotorace. 2) *Localizzazione delle lesioni.* Nelle lesioni della base che per la loro sede hanno tendenza evolutiva molto più accentuata essendo questa parte del polmone soggetta ad espansioni molto più ampie. 3) *Le forme anatomiche*: sono le forme cavitarie quelle che trovano l'indicazione più precisa del metodo ma anche le forme con infiltrazione e retrazione cicatriziale ne risentono grande vantaggio. 4) *Forme evolutive*: sono forme ad evoluzione lenta con poca reazione febbrile. In queste forme la toracoplastica ed il penumotorace non trovano la loro indicazione. 5) *Impossibilità* di praticare il pneumotorace o la toracoplastica a causa delle aderenze

pleuriche o a causa delle cattive condizioni generali del paziente. 6) Rifiuto del malato di sottoporsi al trattamento del pneumotorace o di correre i rischi della toracoplastica. 7) Come supplemento del pneumotorace artificiale. 8) Come supplemento di una toracoplastica extrapleurica in quanto che migliorando con la frenicectomia lo stato generale mette il paziente in grado di sopportare bene più tardi la toracoplastica.

Tecnica: l'operazione deve essere fatta sempre sotto anestesia locale poichè, come è facile comprendere, l'anestesia generale nelle forme tubercolari gravi è molto pricolosa. L'A. pratica una infiltrazione con novocaina all'1/200 ad un centimetro al disopra della clavicola determinando due zone infiltrate alla distanza di 8-10 cm. circa facendo sì che la zona di infiltrazione interna corrisponda al capo sternale delle sternocleido-mastoidee. Da ciascuna di queste due zone si produrrà verso l'alto e verso il basso un ago lungo 8 cm. determinando così una zona anestetica di forma losangica. Si pratica allora una incisione da 4 a 5 cm. ed un centimetro circa al disopra della clavicola. Incisione orizzontale che oltrepassa di un centimetro la inserzione clavicolare dello sterno-cleido-mastoideo. Si seziona quindi leggermente il muscolo pellicciaio avendo cura di non ledere la grossa vena giugulare esterna. La vena giugulare esterna è spostata in fuori e sezionata se è necessaria. Si ricerca quindi il capo clavicolare dello sterno-cleido-mastoideo, si isola il suo margine esterno e si sposta in dentro. L'A. richiama l'attenzione sulla vicinanza immediata della vena giugulare interna che si rende manifesta a qualsiasi movimento respiratorio spostando dall'alto in basso il piano cellulare e ganglionare si mette in evidenza il muscolo omo-ioideo con direzione obliqua in basso e in fuori. Dissecando più indentro direttamente indietro al posto occupato dalla vena giugulare interna si mette in evidenza lo scaleno anteriore. In questa dissezione è opportuno non andare troppo al di dietro della clavicola per non ledere la vena succlavia. Avendo scoperto la faccia anteriore dello scaleno anteriore si vede il nervo frenico che discende in basso e in dentro.

Spesso il frenico nel suo lato interno è accompagnato dall'arteria cervicale ascendente. Alle volte il nervo frenico non è evidente nella faccia anteriore dello scaleno anteriore e si presenta un piccolo filamento nervoso e che può resecarsi che è il nervo succlavio. Dissecando allora all'interno trova il nervo frenico che non ha seguito la via normale. Per ottenere ciò è opportuno di spostare dolcemente il capo clavicolare dello sternocleido mastoideo e la grossa vena giugulare interna. Scoperto il nervo con un divaricatore di Farabeuff si divarica più che possibile il labbro superiore dell'escissione e si seziona previa anestesia il nervo frenico nel suo punto più alto. In genere il paziente non avverte la sezione. Si può preparare il nervo e dissecarlo più in basso. Se i vasi cervicali trasversi impacciano la manovra è opportuno tagliarli e legarli. L'A. spesso ha ricorso alla seguente manovra preconizzata da Felix. Dopo la sezione si prende il capo periferico del nervo frenico e si arrotola su di una pinza; facendo questa manovra lentamente e progressivamente si può tirare il nervo per una lunghezza considerevole (10-20 cm.) e resecarlo. Spesso l'operato durante queste manovre accusa dolore nella regione dorsale e al livello del diaframma, dolore che certamente è dovuto alle anastomosi coi nervi intercostali. Il dolore scompare appena praticata la resezione. L'A. crede che non sia necessario praticare una resezione così estesa del nervo. Certamente praticandola estesa si è sicuri di estirpare le fibre provenienti dalle anastomosi con il nervo sopra-clavicolare ed il nervo frenico accessorio se esiste. Siccome però tale anastomosi in genere avviene a livello della vena succlavia è più che sufficiente una resezione di 5-6 cm.

Nei 32 interventi praticati dall'A. nei quali il frenico fu resecato per l'estensione di 4-5 cm. il controllo radiografico ha dimostrato una paralisi completa ed una elevazione di circa 10 cm. in media del diaframma. Per quello che si riferisce ai risultati la radioscopia praticata subito dopo l'intervento fa rilevare paralisi del diaframma con inversione respiratoria del lato opposto (fenomeno di Kienbock). Nei giorni che seguono si ha una elevazione progressiva del diaframma che dopo un periodo molto variabile da 10 giorni a 3-4 mesi, raggiunge nella ispirazione da 7 a 11 cm. Sperimentalmente Felik ha trovato che la riduzione della capacità dell'emitorace operato è di un terzo, un sesto ed alle volte anche di più. L'elevazione del diaframma eccezionalmente è totale; essa non è che parziale se le aderenze fissano il polmone alla gabbia toracica. Si riscontrano inoltre modificazioni sulle caverne polmonari per quello che si riferisce alla forma ed alla estensione. Diminuendo il volume di esse si favorisce la cicatrizzazione.

Clinicamente non si rilevano disturbi respiratori poichè il paziente può alzarsi il giorno dopo. Si ha respirazione a tipo costale superiore nel lato operato. Alla base gli spazi intercostali non si divaricano più nella inspirazione come nel lato sano. L'espettorazione è molto aumentata. Il tubercoloso vuota le sue caverne e sempre più diventa l'espettorazione meno abbondante e meno purulenta. Le condizioni generali migliorano pro-

gressivamente. La temperatura diminuisce ed aumenta il peso del corpo.

Riassumendo i risultati l'A. conclude: 1) la frenicectomia è una operazione relativamente benigna poichè non vi è stato alcun caso di morte nei 240 casi riferiti da Alexander, negli 8 ricordati da Sergent e nei 32 ricordati dall'A.); 2) i suoi effetti benefici alle volte tardano a manifestarsi. La rapidità della sua azione dipende dal sollevamento del diaframma, condizione indispensabile perchè se ne manifesti l'efficacia. I risultati variano secondo la natura e l'estensione delle lesioni.

T. LAURENTI.

Alcuni cenni sul meccanismo del pneumotorace elettivo.

(VAUCHER e FATH. *Annali di Medicina*, I, 1926).

Per pneumotorace elettivo s'intende quello artificialmente provocato che non comprime se non le parti malate del polmone. Esso può essere ottenuto in due modi: o d'emblée o previa compressione totale del polmone. Nel primo caso basta iniettare solamente tanto gas da comprimere solo la parte malata. Questo è possibile solo sotto controllo radiologico e in ogni modo è necessario che non ci siano aderenze pleuriche, che il processo sia localizzato alle parti superiori del polmone (più facile ad essere compresse), che la parte lesa abbia perduto buona parte della elasticità per distruzione di fibre elastiche, e che il processo sia diffuso omogeneamente a uno o più lobi.

Nel secondo caso invece si provoca dapprima un collasso totale del polmone mantenendo per un po' di tempo una pressione positiva nel cavo pleurico, e poi si sospendono le insufflazioni.

Si potrà osservare allora che le parti sane, più elastiche e meno dense si riespandono, mentre la zona malata resterà in collasso. In questo caso, s'intende, bisognerà mantenere il vuoto a quel grado in cui risulta radioscopicamente il pneumotorace elettivo.

I vantaggi del pneumotorace elettivo sono notevoli, perchè data la poca quantità di aria che si inietta non si provoca spostamento del mediastino nè il versamento pleurico, molto spesso dovuto all'irritazione che il gas sotto pressione provoca nella pleura. Infine non si produce un aumento di lavoro nel polmone sano.

Alcuni autori hanno applicato il pneumotorace elettivo ad ambedue i polmoni contemporaneamente e con buon risultato.

E' chiaro in ogni modo che sia per la difficoltà di trovare il caso che si presta, sia per la strettissima sorveglianza a cui devono essere sottoposti i malati, il pneumotorace elettivo non può essere applicato che in rarissimi casi.

M. CAJA.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

MARLE W. *Einführung in die klinische Medizin*. Vol. II, in-8° di 253 peg. con 219 figure. — Urban e Schwarzenberg edd., Berlino, 1925. Prezzo Marchi 6.

Il secondo volume di quest'opera su cui ci siamo già intrattenuti comprende la medicina interna, la nuerologia (generale e speciale) e la psichiatria (generale e speciale).

Data la vastità degli argomenti svolti, la trattazione riesce evidentemente schematica, ma è chiara ed efficace, dando nelle grandi linee i tratti caratteristici di ogni malattia. Le numerose fotografie e gli schemi sono di grande utilità per la comprensione del testo.

fil.

E. BAJLA. *L'ileotifo*. Istituto biochimico italiano, 1926. L. 15.

Il prof. Bajla, ufficiale sanitario di Milano, riunisce in un quadro clinico completo le attuali conoscenze sull'ileotifo. Si sofferma poi sopratutto sul problema terapeutico, raccogliendo al riguardo il contributo di una eletta schiera di medici ospedalieri alla cura con la stomosina, che risulterebbe superiore a tutte le altre proteinoterapie.

p. g.

R. KRAUS, F. GERLACH u. F. SCHWEINBURG. *Lyssa bei Mensch und Tier*. Un vol. di pag. 467 con 69 figure nel testo e 6 tavole a colori. Urban e Schwarzenberg, editori, 1926. Prezzo g. Mk. 30.

Questo libro compare alla distanza di 14 anni da quello di Babes, ultimo del genere in ordine cronologico sullo stesso argomento.

Nei suoi 39 capitoli, la rabbia è descritta ed esaminata in modo magistrale ed esauriente.

Se la penuria dello spazio non vi si opponesse, vorrei poter documentare con quanta perizia e con quale larghezza di vedute sia affrontato ogni singolo argomento: uno spirito critico, profondo e avveduto, proprio di chi è padrone della materia, compenetra tutta l'opera.

Vogliamo rilevare anche un dato significativo: nei libri tedeschi, in genere, è ben raro che sia dato *serenamente* ad ognuno il suo; qui, su di un argomento attorno a cui molti italiani hanno lavorato e grandemente prodotto, l'opera italiana è prospettata integra, anzi è assai valorizzata.

La pubblicazione costituisce un ampio e prezioso trattato per gli specializzati della materia; vanta anche il pregio di fornire un ottimo manuale, redatto con spirito di praticità. Non esitiamo a considerarlo come il migliore studio d'insieme comparso a tutt'oggi.

G. PERGHER.

UNITED FRUIT COMPANY, MEDICAL DEPARTMENT. *Fourteenth Annual Report*, 1925. Un vol. in-8° gr., di pag. 320, con illustrazioni.

Questa relazione attesta la continuativa, intensa attività della grandiosa impresa agricolo-industriale degli Stati Uniti nel campo igienico-sanitario. Espone l'organizzazione dei servizi, reca dati statistici diligenti, commenti e considerazioni ed è corredata di una trentina di memorie interessanti (alcune delle quali ristampate), non poche dovute a studiosi di valore. R. B.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Sassarese di Scienze Mediche e Naturali.

Seduta del 6 luglio 1926.

Presidente: prof. LEONARDO DOMINICI.

Contributo alla casistica dei tumori del legamento rotondo.

ORRÙ M. — L'O. illustra un caso di fibromioma del legamento rotondo di destra sviluppato nel tratto extrapelvico e ne discute l'interesse diagnostico nei confronti delle varie formazioni neoplastiche, erniarie, infiammatorie della regione inguinale, la derivazione istogenetica, la sintomatologia.

GANFINI C. — *Il tessuto connettivo dei plessi coroidei nei vertebrati.*

Splenectomia in gravidanza.

VERCESI C. — L'O. dall'illustrazione di un caso di gravidanza in 4° mese complicato, con minaccia di intersezione abortiva, dalla presenza di una voluminosissima milza malarica che comprimeva ed obliquava progressivamente l'utero gravido, svolge una serie di considerazioni sul problema della splenectomia in genere come cura della malaria cronica, e particolarmente sui rapporti intercorrenti fra milza e sfera genitale femminile in condizioni normali e nello stato gravidico.

Mentre, anche in considerazione del decorso del suo caso dopo l'intervento, accede alla generale opinione che la splenectomia non abbia valore assoluto nella cura dell'infezione malarica, sostiene la opportunità dell'intervento quando sia diretto a salvaguardare la continuazione della gravidanza, appoggiandosi alle recenti numerose ricerche che dimostrano da un lato la sicurezza di non recar danno all'organismo con la splenectomia, dall'altro l'assenza di strette e importanti correlazioni fra le ghiandole genitali e milza, la funzione della quale può essere compiuta in forma vicaria dagli elementi del sistema reticolo-endoteliale largamente distribuito nell'organismo.

Piosalpinge bilaterale a tendenza confluente in donna con diatesi emorragica.

VERCESI C. — L'O. presenta un tipico esemplare di questa particolare forma infiammatoria tubarica e ne dimostra le caratteristiche eziologiche (i preparati istologici e la prova biologica ne documentano la natura tubercolare), patogenetiche, cliniche, anatomo-patologiche, per le quali il caso è da aggiungersi a quelli, non numerosi, illustrati pressochè esclusivamente da autori italiani, e dei quali l'Alfieri in particolare ha fatto uno studio monografico completo, lumeggiandone sopratutto la costante origine specifica e il meccanismo patogenetico fondamentale.

La concomitante presenza di manifestazioni emorragiche periodiche nell'a. (nubile, indenne da precedenti ereditari emofiliaci e da altre forme morbose a cui si potesse riferire una porpora sintomatica) induce l'O. verso l'ipotesi che la diatesi emorragica possa essere in correlazione con l'infezione tubercolare, certamente stabilitasi nei primi periodi della vita dell'a. fissatasi sui genitali interni, ipotesi enunciata e validamente sostenuta dallo Schupfer sulla base di una larga casistica di porpore emorragiche sia secondarie che primitive.

Terapia arsenobenzolica per via endomuscolare nella sifilide.

PERANTONI G. — L'O. riferisce sui risultati di un triennio di cure neosalvarsaniche endomuscolari (NEO I.C.I. principalmente) confrontati con quelli da lui stesso ottenuti con il trattamento endovenoso.

La vasta casistica personale permette di concludere che la via endovenosa è da preferirsi per la cura d'attacco della sifilide; che il trattamento endomuscolare serve quando per ragioni speciali non si possa praticare la cura endovenosa e sempre come complemento della terapia mercuriale e bismutica.

P. O.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta dell'11 aprile 1926.

Presidenza: Prof. C. CAPEZZUOLI.

Metodi recenti di terapia della paralisi progressiva.

BARONCINI L.-MILANI C. (Imola). — Gli OO. praticarono nel 1914 e poi nel 1919 la cura endorachidea, usando siero salvarsanizzato in vitro secondo il metodo di Lafora.

Specialmente nei casi di transitoria remissione, si osservò notevole miglioramento nelle varie reazioni del liquor e del siero di sangue, compresa la Wassermann. Forse per ottenere risultati du-

raturi, occorrerebbe ripetere il trattamento ad intervalli regolari, cosa difficile da far accettare ai pazienti per i disturbi conseguenti alle iniezioni.

Nel novembre 1923 venne intrapresa la cura Wagner con inoculazioni di terzana benigna, seguita ogni volta da cure arsenobenzoliche e bismutiche. Sino al gennaio 1926 furono trattati 15 ammalati, in 7 dei quali le manifestazioni mentali datavano da due e più anni; negli altri 8 l'inizio era entro l'anno. Per quanto riguarda il primo gruppo si ebbero i seguenti risultati: 4 rimasero invariati, 1 peggiorò; gli altri 2 migliorarono nel contegno, restando invariato lo stato di debolezza psichica.

Degli ammalati del secondo gruppo, 4 ebbero remissione completa ottima, 2 remissione incompleta buona; 1 rimase invariato e morì due mesi dopo la cura per miocardite: 1 morì durante la cura in stato comatoso.

Nei casi favorevoli il miglioramento andò accentuandosi col decorrere dei mesi. In tutti i casi furono praticati sistematici esami del liquido cefalo-rachidiano a distanza varia di tempo dalla cura, notandosi una progressiva scomparsa della pleiocitosi sino a raggiungere cifre normali, diminuzione del tasso di albume, che però risultò sempre superiore alla norma, diminuzione nella intensità delle reazioni delle globuline, miglioramento della Wassermann specialmente a distanza di tempo dalla cura.

Gli OO. concludono che la cura di Wagner dà nella p. p. una percentuale di miglioramenti notevoli; che la eventualità di risultati favorevoli è tanto maggiore quanto più recente è la malattia; che la quantità e la entità dei miglioramenti ottenuti superano di gran lunga quanto si ottiene con altri metodi terapeutici; che i pericoli della cura, quando i pazienti siano in buone condizioni generali e non presentino alterazioni cardio-renali, non sono gravi: che l'insorgere di gravi stati di eccitamento psico-motorio durante gli accessi febbrili consiglia l'interruzione della cura: che l'inoculazione della malaria non sembra forse presentare pericoli di diffusione della malattia anche in luoghi ove esistono anofeli.

CIVALLERI I. (Faenza). — Ha applicato la plasmodio-terapia ad un infermo di demenza paralitica, attualmente in corso di cura, nell'Ospedale Civile di Faenza, e si riserva di riferire ulteriormente sui risultati ottenuti. Il metodo è degno di considerazione, e sembra affermarsi attraverso il vaglio di una abbastanza vasta esperienza pratica.

Accenna ai recenti tentativi di applicazione della plasmodio-terapia alla cura di altre malattie (tabe, postumi encefalitici, leucemia, ecc.), tentativi che, al presente, non autorizzano ancora a trarre delle conclusioni definitive.

L'uso dei gas medicati (atmo-terapia) nella cura della blenorragia.

PISTOCCHI C. (Forlì). — L'O. riporta una casistica personale, dalla quale risulta la grande efficacia della atmo-terapia negli stati subacuti e cronici della blenorragia. Dopo avere descritto il metodo ideato dal prof. MARTA, si sofferma a descrivere le modificazioni dall'O. apportate al metodo stesso, le quali si possono così riassumere: in una soluzione di canfora in cloroformio al 10 per cento, alla quale aggiunge del gomenolo nella proporzione dell'1 %, fa gorgogliare dell'ossigeno puro: di più, allo scopo di aumentare la superficie di evaporazione, include nella bottiglia di lavaggio della lana di vetro. A far pervenire in contatto della mucosa uretrale l'ossigeno così medicato si serve di canule uretrali, calibro 16 Charrière, perforate alla estremità: per l'uretra maschile anteriore serve una canula retta lunga 8 cm.; per l'uretra posteriore una canula curva lunga 25 cm.

L'echinococco delle ossa pelviche.

ANGELI A. (Marradi). — L'O. descrive un caso da lui operato di echinococco esteso a tutto il segmento inferiore dell'osso iliaco di sinistra. In base agli altri casi noti nella letteratura mette in evidenza la maggior gravità di questa localizzazione rispetto a quella interessante l'ala dell'osso iliaco. Aggiunge considerazioni personali di ordine tecnico operatorio.

Il valore diagnostico della sedimentazione dei globuli rossi.

MONTANARI A. (Faenza). — Ha ottenuto i tempi di sedimentazione più rapidi nelle malattie polmonari in genere, e segnatamente nella tubercolosi.

Non crede, tuttavia, che la prova della velocità di sedimentazione delle emazie, presa a sè, possa avere un valore diagnostico assoluto di fronte alla tubercolosi polmonare, ma solo un valore relativo ed indiziario da considerarsi assieme al complesso degli altri dati clinici e sperimentali.

Cisti ossea solitaria dell'omero destro.

LESI A. (Faenza). — L'O. riferisce di un giovane paziente di anni 18 che presentò sintomi di frattura spontanea incompleta una prima volta nel 1925.

L'esame clinico e radiologico condussero alla diagnosi di *cisti ossea solitaria dell'omero destro.*

L'intervento operatorio, consistito nell'apertura e zaffamento della cavità cistica, valse ad ottenere una completa guarigione anche funzionale.

Dott. PAOLO GALLI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Lo stato ipoplastico o timolinfatico.

La costituzione ipoplastica è caratterizzata: 1) dalla diminuzione della attività di formazione dell'organismo; 2) dal mancato sviluppo di importanti apparecchi organici che si presentano inadeguati alla loro funzione fisiologica. Sono fra questi anzitutto il sistema cardio-vascolare e secondariamente certe ghiandole endocrine (testicoli, tiroide, ipofisi, surreni), mentre sono ipertrofici gli organi di tessuto linfoide (gangli, milza, timo, fegato, tonsille).

Gli individui affetti da tale anomalia costituzionale non presentano, secondo Timme (*Endocrine Survey*, dicembre 1925) marcati aspetti morbosi rilevabili a prima vista, ma un certo numero di stimmate e di disturbi che influenzano profondamente la loro energia di resistenza alle malattie, il loro accrescimento, la loro capacità di riproduzione.

Presentano disarmonie nei vari segmenti delle estremità in rapporto fra loro ed al tronco, articolazioni rilasciate con tendenza alla sublussazione, piede piatto, artralgie sacro-iliache. Il sangue presenta una notevole diminuzione dei polinucleati, ciò che porta a diminuzione di resistenza ai processi infettivi. Notevole è la diminuzione dello zucchero sanguigno, ciò che provoca rapida e facile astenia. Si ha allungamento del tempo di coagulazione del sangue e tendenza alle emorragie ed alle porpore. Tali individui vanno inoltre soggetti ad emorragie cerebrali ed hanno diminuzione dell'alcalinità sanguigna con tendenza all'acidosi, rapida caduta della temperatura e disturbi gastrointestinali.

Molti degli individui affetti da tale anomalia decedono in giovane età; in quelli che sopravvivono si stabiliscono dei compensi da parte di altre ghiandole endocrine. Il meccanismo di compensazione però può subire delle gravi difficoltà sicchè la ghiandola può farsi insufficiente. Così accade p. es., per l'ipofisi ed il paziente, al sopravvenire della pubertà, si dimostra psichicamente ottuso, con deficiente iniziativa ed attenzione mentale e tendenza all'adiposi. Per la tiroide, si ha la gola grossa, l'infiltrazione colloide del sottocutaneo, l'aridità della cute, il ritardo di sviluppo mentale, ecc. Si può pure avere ipoadrenalismo, ma esso è più difficile da scoprire, salvo per i sintomi di anormale astenia e di bassa pressione sanguigna. Talvolta, il compenso porta ad una iperplasia la quale, p. es., nel caso dell'ipofisi, porta a cefalee periodiche che sopravvengono quando il soggetto subisce degli strapazzi sia fisici che mentali e, nelle donne anche nel periodo mestruale. Il disturbo dura magari decenni e poi scompare per progressivo allargamento della sella turcica. *fil.*

La gangrena da arterite nei diabetici.

La gangrena dei diabetici ha spesso per causa un'obliterazione delle arterie dell'arto inferiore. La si deve ricercare studiando con cura i battiti della pedidia o, meglio, con l'oscillometro di Pachon.

Nella cura sono da prendersi in considerazione:

1) Il regime. Se non si dà insulina, sarà privo di carboidrati; si consiglia la dieta lattea, oppure di legumi verdi e, se la glicosuria resiste, il digiuno per 3 giorni;

2) I medicamenti. Alcalinizzare il malato con 50-100 grammi al giorno di bicarbonato di sodio, specialmente se vi sono sintomi precursori di coma (sonnolenza, dispnea). Buoni risultati per i dolori si hanno col citrato di sodio a dosi di 12-20 grammi al giorno; si possono anche fare iniezioni endovenose (250 cmc. di una soluzione a 2 %);

3) L'insulina. È il trattamento necessario; bisogna incominciare con dosi forti (20 unità mattina e sera) facendo prendere dopo mezz'ora un pasto con 100 grammi di patate. Seguire sempre la glicemia e la glicosuria;

4) Il trattamento locale. Prima di qualsiasi intervento, attendere la limitazione evidente della gangrena. Frattanto immobilizzare l'arto nel cotone; mettervi una pomata con 50 % di balsamo del Perù. Dieulafoy ha consigliato le docce d'aria calda a 120°, due volte al giorno, ricoprendo le parti sane con compresse umide;

5) Il trattamento chirurgico. È da sconsigliarsi assolutamente la simpatectomia perifemorale. In caso di gangrena umida, o quando la gangrena secca sembra estendersi con gettate linfatiche, oppure se la gangrena secca ha invaso un segmento considerevole, si deve procedere all'amputazione. Il punto delicato consiste nel decidere il livello a cui si dovrà amputare, poichè, basandosi unicamente sull'abolizione delle oscillazioni si rischia di amputare troppo alto. Sicard, de Gennes e Coste (*Soc. méd. des Hôpitaux* e *Journ. des Praticiens*, 31 luglio 1926) determinano il punto di obliterazione dell'arteria con l'iniezione di 1 cmc. di lipjodol; la radiografia, fatta pochi minuti dopo mostra il lipjodol arrestatosi sotto forma di un disco allungato, opaco al di sopra del coagulo obliterante. Il procedimento però non dice nulla

quando i vasi dell'estremità sono rimasti permeabili fino alle arteriole.

L'ammalato va convenientemente preparato prima dell'intervento. Dopo si ripeteranno le iniezioni biquotidiane di insulina fino a cicatrizzazione completa, mantenendo il regime adatto.

fil.

Le vie di somministrazione dell'insulina.

Lapiccirella (*Rivista di Clinica Medica*, 15 maggio 1926) osserva che la naturale necessità di rendere, anche fuori dei grandi centri, applicabile l'insulino-terapia, aveva spinto gli scopritori stessi a tentare nuove vie diverse da quella attualmente seguita, la sottocutanea. Non già perchè la via sottocutanea non sia alla portata di chi vive lontano da una grande città; ma perchè solo nei grandi centri sono possibili quelle ricerche di continuo dosaggio di zucchero nelle orine e nel sangue che devono accompagnare una cura insulinica fatta attraverso una via di assorbimento rapido.

Allo scopo di trovare una via di assorbimento sicuro e nello stesso tempo lento, sì da evitare i pericoli di una ipoglicemia, il tentativo fu fatto attraverso tutte le cavità naturali.

L'aspirazione nasale di insulina in polvere e la *nebulizzazione* per inalazioni hanno dato un abbassamento molto scarso del tasso glicemico e glicosurico, non offrono possibilità di dosaggio, sono tutt'altro che economiche, e disturbano i malati per il sapore fenolico del farmaco.

La somministrazione *intratracheale* dà gli stessi risultati della insulino-terapia sottocutanea, ma offre lo svantaggio del difficile dosamento. Anche superata questa difficoltà, sono necessarie per avere l'effetto desiderato, dosi triple di quelle che bastano per via ipodermica.

La via *cutanea* (*frizioni*) offre difficoltà di dosaggio, e richiede per lo meno una quantità di insulina 40 volte superiore all'abituale. Forse è il caso di riprendere in considerazione l'uso topico dell'insulina nella cura delle lesioni di continuo a torpida riparazione che forse sono tali sulla base di un alterato ricambio degli idrati di carbonio.

La via *perlinguale* è difficile ad effettuarsi nel significato rigoroso della parola, perchè non si può evitare che parte della sostanza venga deglutita. Ad alcuni autori ha dato risultati scarsi o nulli: ad altri ha dato risultati buoni, ma con dose tripla di quella adoperata sottocute.

La *via orale* è quella che a tutti sembra la più pratica. E si è tentata con tutti gli accorgimenti capaci di limitare l'azione deleteria dei succhi gastrici e duodenali sulla insulina, usando soluzioni alcooliche, soluzioni alcaline, soluzioni oleose; alcuni hanno fatto uso della sonda, altri ne hanno accompagnata la somministrazione con iniezioni di atropina. I risultati sono finora contraddittori e poco buoni. Sembra però l'unica via che possa aspirare ad una applicazione pratica, seguendo le orme di Salèn, che adopera insulina Leo in tavolette, ognuna delle quali corrisponde all'unità di Toronto, ed associa alla cura iniezioni di atropina per diminuire la secrezione dei fermenti gastrici.

Ma anche questo metodo richiede un corredo di indagini non minori di quello richiesto dalla terapia insulinica per via sottocutanea, la quale resta pertanto la via unica nella terapia antidiabetica usuale, lasciando la via endovenosa per i casi eccezionalmente gravi di acidosi e di coma.

PERSIA.

L'insulina nella cura di iperalimentazione nei non diabetici.

G. Ichock (*Presse Médicale*, n. 42, 1926), osserva che l'insulina viene preconizzata, al difuori del diabete, nella cura degli stati di iponutrizione.

Sono stati già riportati molti casi di lattanti atrofici ed ipotrofici, in cui l'uso razionale di piccole dosi ripetute d'insulina riuscì a far aumentare in maniera sensibile il peso. Sebbene non siano mancate critiche al metodo, che può talora fallire anche al suo scopo, resta assodato che conviene sempre sperimentarlo, in considerazione dell'inefficacia di tutti gli altri mezzi terapeutici. Marfan infatti dichiara esplicitamente che, se il lattante ha meno di 3 mesi, e l'atrepsia si è stabilita da più di 12 giorni, la situazione deve considerarsi pressochè disperata.

Le dosi, a questa età, dovrebbero aggirarsi intorno a 4 unità cliniche, 2 volte al giorno.

Tra gli adulti vi è poi una schiera numerosa di soggetti, debilitati e dimagriti, che autorizza ad applicare la cura insulinica. Tra questi sono tutti i convalescenti di malattie gravi, gli arteriosclerotici, quelli colpiti da senilità precoce, le donne nella menopausa, ecc.

La dose iniziale, negli adulti, dovrebbe essere di 10 unità, elevabili gradualmente a 20-30, accompagnate dalla somministrazione di abbondante vitto idrocarbonato.

In genere, dopo 3-4 giorni, si assiste ad un aumento del peso e dell'appetito. Se ciò non si verifica, bisogna continuare nella cura con grandi cautele. Nei casi favorevoli si potrà, nella seconda settimana, raggiungere 60 unità in 3 volte. In tre settimane circa il trattamento è completo.

Secondo altri autori, si dovrebbero fare invece 2-3 iniezioni al giorno, cominciando con 5 unità, ed aumentando rapidamente fino a 60 nelle 24 ore.

Volendo controllare in maniera precisa l'evolu-

zione della cura, si determinerà in serie la glicemia a digiuno, il contenuto in acqua del plasma sanguigno, il pH., e la riserva alcalina.

Nelle fasi più avanzate della cura si inizierà un allenamento metodico del soggetto, sviluppando con esercizi di coltura fisica l'apparato muscolare.

M. FABERI.

Il trattamento dello "shock„ con insulina-glucosio.

D. Fischer (*Surgery, Gynec. a. Obst.*, agosto 1926) osserva che nello « shock » si ha a che fare con un metabolismo pervertito, con asfissia ed acidosi. Tutto l'organismo è in uno stato di esaurimento che può essere vinto soltanto con delle nuove energie che facciano rivivere le cellule morenti. Il glucosio, da solo, non è sufficiente nè abbastanza rapido; è necessario aggiungervi l'insulina la quale, ossidando rapidamente il glucosio, fornisce l'energia richiesta.

Si usa una soluzione sterile di glucosio a 10-15 %, di cui si iniettano da 500 a 2000 cmc. nelle vene, con grande lentezza in modo da impiegarvi non meno di un'ora e preferibilmente 2-4 ore. È soprattutto necessario evitare la dilatazione del cuore destro, che deriverebbe da una troppo rapida introduzione e che aggraverebbe le condizioni.

Si inietta quindi dell'insulina, in ragione di una unità di insulina a U/20 per ogni 3 grammi di glucosio. La quantità totale si divide in 2 porzioni, di cui l'una si introduce 15 minuti dopo l'inizio dell'iniezione di glucosio, l'altra alla fine. La reazione del glucosio nell'urina dimostra che non vi è pericolo di reazione insulinica, essendovi più glucosio che insulina. Si darà del succo di arancio e si terrà pronta l'adrenalina per un'eventuale iniezione; si somministreranno inoltre dei liquidi per il retto allo scopo di opporsi alla tendenza del glucosio alla deplezione dei liquidi del corpo.

Tra i casi riportati dall'A., citiamo quello di un individuo con frattura vertebrale in cui venne praticata la laminectomia, durante la quale il paziente venne risuscitato due volte. Fu rimesso in letto in stato di grave « shock » con polso che non si poteva contare e 48 respiri. Si introdussero 2000 cmc. di glucosio al 10 % durante 3 ore e 60 unità di insulina. Quattro ore dopo, il polso era a 116, i respiri a 28 e non si ebbero disturbi di sorta. Cinque giorni dopo, si procedette ad un nuovo intervento durante il quale si scoprì il midollo in stato di grave schiacciamento. Si ebbero nuovi sintomi di grave « shock »; nuova iniezione di 1000 cmc. di glucosio e di 40 unità d'insulina; cinque ore dopo il paziente era fuori pericolo.

L'A. raccomanda questo metodo anche nei vomiti incessanti da peritonite acuta e come atto preparatorio e profilattico nei casi da operarsi che si presentino in cattive condizioni e specialmente nei casi di ulcera gastrica e di resezione gastrica.

fil.

Il trattamento del morbo di Addison.

L. Ramond (rif. in *Journ. des Praticiens*, 31 luglio 1926) consiglia:

Trattamento igienico. Riposo assoluto in letto; evitare i contatti morbosi, i traumatismi, le operazioni, le medicazioni tossiche (stricnina, arsenico).

Trattamento eziologico. Se vi è negli antecedenti la sifilide, medicazione specifica, che talora ha dato delle guarigioni. Regime tonico se si tratta di un tubercoloso e così nel cancro.

Trattamento opoterapico. Polvere fresca di surrenali disseccate (di vitello o di montone) cg. 10, 2-3 volte al giorno (per iniezioni o per ingestione). È assolutamente necessario che la polvere sia fresca, poichè dopo 2-4 mesi essa perde l'efficacia. Si aumenta la dose se non si ha miglioramento, la si diminuisce se compaiono tremori, glicosuria, albuminuria e se si vede cedere la pigmentazione ed aumentare le forze.

L'associazione dell'ipofisi aumenta gli effetti; se ne danno pure cg. 10 per dose (2-3 volte al giorno).

La cura si continua per periodi di 10 giorni successivi, con sospensioni di 5-10 giorni fra le serie.

Trattare i disturbi digestivi concomitanti con una dieta severa; in caso di gonfiore gastrico si dà: Creta preparata g. 95; Fosfato di sodio g. 5; un cucchiaino da caffè in un po' di acqua alle 10 ed alle 16.

Non bisogna dimenticare il trattamento morale.

fil.

SEMEIOTICA.

La reazione di Buscaino nelle urine.

Si esegue nel modo seguente. A 3 cmc. di urina si aggiunge della soluzione di nitrato d'argento al 5 %; in una provetta cmc. 0.5, in un'altra cmc. 1. Si agita e si fa bollire il liquido per 30-60 secondi. Si ottengono precipitati bianchi, colorati o neri, che sedimentano con una certa rapidità. Si lasciano precipitare i sedimenti brunissimi o neri; si versa il liquido soprastante e si lava il precipitato abbondantemente con acqua distillata. Poi, in piccole provette, si distribuiscono, due gocce per provetta, del sedimento, aggiungendo: alla prima 15 gocce di ammoniaca pura, alla seconda 15 gocce di soluzione a 1 % di acido cromico, alla terza 15 gocce di soluzione al 5 % di bicromato d'ammonio. Si agita e si leggono i risultati dopo 20 ore.

Secondo Buscaino, i precipitati neri intensi o con sfumature prossime al nero svelerebbero nelle urine la presenza di composti di istammina; quelli bruni la presenza di ammine affini, sempre con nucleo imidazolico, mentre i precipitati bianchi escluderebbero la presenza di qualsiasi ammina. Tale autore ritiene che la demenza precoce, l'amenza e le sindromi amiostatiche post- o non postencefalitiche siano l'espressione della intossicazione dell'encefalo da parte di speciali amine abnormi che compaiono nelle urine e sarebbero svelate con l'accennata reazione. Le ammine, causa di lesioni funzionali ed istologiche del sistema nervoso, si formerebbero anzitutto nell'intestino tenue per processi batterici ben precisati. L'accennata reazione poi varrebbe a svelare le suddette forme psicopatiche.

Da ricerche comparative di F. Lo Presti-Seminario (*Il Morgagni*, 9 maggio 1926) risulta che la reazione nera di Buscaino è positiva anche in malati comuni. Il precipitato nero contiene piccolissime e trascurabili quantità di azoto, non tali certo da potere giustificare la presenza di un composto organico di argento. Il precipitato nero risulta composto da un miscuglio di cloruro di argento con polvere nera di argento ridotto. Esso si ottiene verisimilmente in presenza di una o più sostanze ad azione catalitica, fra le tante contenute nell'urina. Tali sostanze potrebbero avere origine da particolari azioni biologiche, dovute alla flora intestinale. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. C. Vella da Monteverde:

Alla rieducazione dei movimenti nei postumi di paralisi cerebrali accenna anche il MASCI in *Tecnica terapeutica ragionata* (Pozzi, ed., Roma). Uno sviluppo discretamente ampio troverà nel manuale di Kinesiterapia della Biblioteca terapeutica diretta da GILBERT e CARNOT (Baillière, ed., Parigi) di cui esiste anche una traduzione italiana pubblicata da F. Vallardi, Milano.

fil.

Al dott. M. R., Cannara:

Di recente si è ultimato un concorso per ispettori medici delle Ferrovie dello Stato. Non si può prevedere quando ne sarà bandito un altro.

a. a.

Al dott. F. M. da Linguaglossa, abb. n. 633-3:

Per l'anatomia patologica della cirrosi epatica, consulti la relativa monografia nel *Trattato Italiano di Anatomia patologica* pubblicato sotto la direzione di FOÀ dall'Unione tipografico-editrice torinese.

Sulla blenorragia della donna è stato pubblicato recentemente un trattato di J. JOHNSTON ABRAHAM: *Lectures on Gonorrhoea in Women*, Heinemann, Londra. Prezzo scell. 7/6.

fil.

Al dott. G. Porrini, Genova:

Per la preparazione di prodotti opoterapici consulti: LEMATTE. *L'Opothérapie du praticien*. Maloine, ed., Parigi. Prezzo 5 frs. *fil.*

VARIA.

L'obesità della donna.

E. Graff in *Terapia Contemporanea*, gennaio 1926, dice che ammesso l'adiposità essere un carattere sessuale secondario nella donna con sede di predilezione per la regione del petto, delle anche e dei glutei, essa si accentua nell'età critica. Essa può diventare patologica sotto l'influenza dei fattori abituali dell'obesità: ereditarietà, alimentazione eccessiva (l'obesità da iperalimentazione può generare l'amenorrea), gravidanza, turbe endocrine, lesioni del pavimento del 3° ventricolo. Fra le obesità di origine endocrina l'A. distingue l'obesità tiroidea, l'obesità ipofisaria, l'obesità genitale e ne discute il diagnostico differenziale.

Per l'A. l'obesità ipofisaria non si accompagna sempre a turbe genitali e contrariamente a ciò che avviene per l'obesità tiroidea o per quella ovarica si associa ad un attivo ricambio, così che ha una elevata tolleranza per l'adrenalina e pel glucosio ed insiste sulla difficoltà che si incontra in molti casi per stabilire la parte che spetta ad ogni ghiandola.

Il tipo morfologico dell'obesità non fu secondo l'Autore sufficientemente valutato.

J. Bauer distingueva già 4 tipi: il *tipo Rubens* che interessa specialmente le anche, i lombi, il basso ventre e la regione glutea; il tipo a *calzoni da cavallerizzo* che si localizza alla regione troncanterica; un 3° tipo che interessa braccia, collo e nuca; un 4° tipo con predilezione per gli arti inferiori.

Tucker attribuisce al primo tipo (addomino-iliaco) un'origine infundibolo-ipofisaria ed al secondo un'origine ovarica.

Pur riconoscendo l'inconveniente di esagerare l'importanza degli schemi in tal genere di classificazioni l'A. pensa che l'adiposità pelvi-troncanterica deve essere mantenuta distinta dall'obesità addomino-iliaca. Mentre l'obesità addomino-iliaca è generalmente di origine endocrina, l'obesità pelvi-troncanterica della donna è indipendente da ogni fattore ghiandolare e deve essere attribuita alla vita sedentaria, alla stitichezza, alla congestione endopelvica passiva provocata da un anormale funzionamento genitale.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LV. — Questioni di competenza.

La giurisprudenza delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione, circa la competenza a conoscere delle controversie concernenti diritti subbiettivi patrimoniali, si è ormai decisamente orientata nel senso che noi sin dal primo momento indicammo. Crediamo utile precisare, riferendoci a recenti giudicati, le risoluzioni fondamentali.

La esclusività della competenza del Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, anche in tema di diritti subiettivi patrimoniali degli impiegati pubblici, si ha soltanto nel caso in cui sia impugnata la legittimità di un atto amministrativo dal quale derivino conseguenze patrimoniali in danno degli impiegati. Ma quando nessun atto amministrativo esiste o la legittimità dell'atto non è impugnata e si tratta di interpretare ed applicare norme di leggi che conferiscono o negano agli impiegati il diritto patrimoniale invocato, rimane ferma la competenza del giudice ordinario. Questo principio è stato applicato dalle Sezioni Unite con sentenza 18 maggio 1926, ricorrente Rizzo, nel caso di un impiegato (licenziato, poi riassunto come avventizio e poi ancora nuovamente licenziato) il quale, senza contestare la legittimità del primo e del secondo provvedimento, chiedeva in giudizio la indennità di licenziamento attribuita dalla legge, pretendendo che agli effetti della indennità stessa dovesse tenersi conto anche del servizio straordinario prestato anteriormente al primo licenziamento.

Con altra sentenza 19 giugno 1926 le Sezioni Unite, applicando lo stesso principio al caso di un impiegato che agiva al fine di ottenere il pagamento di un'indennità di missione, ha spiegato e precisato *che il fatto o l'atto dell'amministrazione che contesta il diritto alle indennità* non può essere considerato atto amministrativo del quale perciò si debba chiedere la dichiarazione di illegittimità al Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, perchè, ai fini della competenza, *si deve intendere per atto amministrativo « quello che incide nel rapporto d'impiego modificandolo e apportando di conseguenza effetti patrimoniali in danno dell'impiegato »*. In altri termini, se l'impiegato chieda, per esempio, il pagamento di una indennità, fondando la sua domanda su disposizioni di legge e l'amministrazione risponda negativamente ritenendo che la legge non attribuisca il diritto alla indennità pretesa, sorge una quistione di diritto patrimoniale che è di competenza dell'autorità giudiziaria: la manifestazione di volontà dell'amministrazione pubblica che nega la pretesa dell'impiegato non è e non si può considerare atto o provvedimento amministrativo agli effetti della competenza, sicchè di esso si debba chiedere la dichiarazione di illegittimità al Consiglio di Stato. Questa precisazione è importante perchè spesso si cade in equivoco e si ritiene che costituisca provvedimento amministrativo il semplice rifiuto o l'atto che contesta il diritto preteso. Se, invece, l'amministrazione pubblica con suo provvedimento modifica una disposizione del capitolato che attribuisce, per es., una indennità (caroviveri, trasporti e simili) allora sì c'è un provvedimento amministrativo, contro il quale non si può agire innanzi all'autorità giudiziaria dovendosi proporre ricorso in sede di giurisdizione amministrativa per farlo dichiarare illegittimo. In sostanza, come hanno detto benissimo le Sezioni Unite, si deve intendere provvedimento amministrativo quello che incide nel rapporto di impiego modificandolo.

Le sentenze che abbiamo sopra indicate, conformi ad altre precedenti, riguardano la competenza del Consiglio di Stato: identica è la risoluzione agli effetti della competenza della G. P. A. in sede giurisdizionale, per gli impiegati degli enti locali.

Da altro punto di vista, sembra a noi che il criterio debba essere identico sia che l'impiegato pretenda un diritto che abbia fonte nella legge, sia che esso fondi la sua domanda su una disposizione del capitolato. Così, per es., se un medico condotto fonda sul regolamento organico una sua pretesa per il pagamento di una data indennità, e il Comune neghi questa pretesa, ritenendo che il capitolato si debba invece interpretare diversamente, io sono persuaso che in tal caso l'azione appartenga alla competenza dell'autorità giudiziaria ordinaria. Ma se il Comune ha modificato il capitolato e l'impiegato si dolga di questa modificazione, sia pure assumendo che essa viola un suo diritto patrimoniale, competente a conoscere della controversia è la G. P. A. dovendosi giudicare della legittimità o meno del provvedimento che, incidendo nel rapporto d'impiego, lo modifica.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

La battaglia del farmaco.

Il momento attuale è dominato dalla guerra economica. Alla guerra cruenta è succeduta una guerra finanziaria non meno aspra, serrata, angosciosa. La lotta per il predominio industriale e commerciale, per la sopraffazione delle nazioni meno favorite dalla natura si combatte spietata e senza riguardi.

L'Italia per le sue deficienti risorse naturali trovasi in questa lotta in uno stato d'inferiorità. Essa deve importare tutto ciò che è necessario per i bisogni elementari della vita: il grano, il carbone, il ferro, il petrolio. Le migliorate condizioni del tono della vita degli italiani han determinato negli ultimi anni un aumento della importazione di altri generi, quali il caffè e la carne.

Ed a mantenere la bilancia commerciale son venute meno le rimesse degli emigranti, per modo che l'eccesso di popolazione è attualmente un elemento di perdita.

D'altra parte il profitto dell'industria dei forestieri, data la condizione d'inferiorità della nostra moneta, non è vantaggioso come era per lo passato.

Da ciò la necessità di serrare le file e stringersi intorno ad un programma di difesa strenua dell'economia nazionale. Questo programma è stato nettamente precisato dal Governo e ad esso conviene adattarsi con ferma risoluzione. Ridurre i consumi, specie quelli voluttuari, specie quelli di materie provenienti dall'estero o che si confezionano con materiali provenienti dall'estero, consumare sopra tutto i prodotti dell'industria nazionale.

Al riguardo i medici hanno un vasto campo d'azione: essi hanno un'azione decisiva nel valorizzare e far consumare prevalentemente, se non esclusivamente, farmaci di fattura nazionale.

Purtroppo il mercato farmaceutico italiano è stato sino a poc'anzi dominato dagli stranieri. Medici e ammalati preferivano farmaci e specialità farmaceutiche, di cui si vantava la superiorità della purezza o della precisione delle dosi. La suggestione di un'abile propaganda fatta senza risparmio e senza scrupoli, dell'eleganza lussuosa dell'impacchettamento, ci ha per lungo tempo soggiogati. Lo stesso alto costo, il fascino dell'esoticità conferivano ai prodotti che venivan di fuori un maggiore apprezzamento d'efficacia.

Questa suggestione dapprima fu esercitata esclusivamente attraverso i medici con la propaganda su i giornali scientifici e con larga distribuzione di campioni e doni, poi si è esercitata direttamente sul gran pubblico dei pazienti o pseudopazienti con la costosa, vistosa, abilissima pubblicità sui giornali quotidiani. E si paga contenti e soddisfatti tutto quest'enorme complesso di spese di réclame, di elegante scatolaggio, purchè il farmaco o la specialità porti un nome esotico, e la sua efficacia sia vantata in lingua francese, tedesca o inglese.

È gran miracolo che l'industria farmaceutica italiana non sia stata del tutto sopraffatta da una concorrenza esercitata con il vantaggio di mezzi così potenti.

Essa, che non poteva contare affatto sulla clientela straniera e di popolose colonie, doveva contendere lo stesso mercato interno a case estere che solo dallo smercio nelle rispettive nazioni potevano trarre i mezzi di una prospera vitalità.

Malgrado tutto ciò l'industria farmaceutica italiana ha resistito ed è a presumere che essa possa raggiungere i desiderabili perfezionamenti sol che l'aiuti il pubblico di medici e di malati.

È ben noto che un'industria dà prodotti migliori in relazione all'ampiezza del mercato. I maggiori introiti possono in parte essere devoluti a perfezionare gli impianti, a migliorare il rendimento. La prosperità di un'industria provoca la concorrenza, e questa il miglioramento ed il buon mercato del prodotto.

Malgrado l'assillo della soverchiante concorrenza straniera, l'industria nazionale ha già raggiunto un grado di perfezionamento che le consente di poter sostenere la lotta. E questa risulterà sicuramente vittoriosa solo che non manchino i mezzi, i quali non possono essere dati che dai consumatori.

La più chiara consapevolezza degli interessi nazionali ha fatto sì che l'Italia si sia sottratta al giogo dell'estero per molti prodotti e per alcuni è diventata nettamente dominatrice concorrendo sul mercato mondiale con le più agguerrite industrie straniere. Non c'è ragione che ciò non possa avvenire per i farmaci, la cui manifattura tra l'altro richiede materie prime che solo in parte devono importarsi.

Per troppa roba noi siamo necessariamente tributari all'estero, e non possiamo permetterci il lusso di deprezzare ancora la nostra moneta comprando all'estero quanto si può produrre e si produce in casa nostra. Conviene che una buona volta medici e malati si sottraggano alla dannosa suggestione che le medicine estere siano più efficaci di quelle prodotte in patria.

E sarebbe consigliabile anche che si smetta una buona volta di consigliare farmaci stranieri al

solo scopo di impressionare col nome esotico i clienti. Ciò è ciarlatanesco e non conferisce alla dignità professionale.

L'interesse di tutti è di risparmiare la nostra lira, di far sì che essa non si svaluti sempre più emigrando all'estero.

Proteggendo l'industria farmaceutica italiana i medici difendono la nazione e se stessi nell'aspra battaglia economica, che tutti dobbiamo combattere, e nella quale tutti dobbiamo essere soldati.

PANGLOSS

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Riunione del Consiglio Superiore di Sanità.

Durante i giorni 10, 11 e 12 agosto u. s. al Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) si sono svolti, sotto la presidenza dell'illustre prof. sen. Marchiafava, i lavori del Consiglio Superiore di Sanità, riunito in sessione plenaria.

In principio della seduta, il prof. Marchiafava, con alta e commossa parola, ha commemorato dapprima il prof. sen. Camillo Golgi, che fu per lungo tempo presidente del Consiglio Superiore di Sanità, tratteggiandone la imperitura opera di scienziato e di maestro; e, poi, è passato a commemorare il sen. avv. Calcedonio Inghilleri, giurista di sommo valore che ebbe parte preponderante nella legislazione sanitaria italiana ed appartenne al Consiglio Superiore di Sanità dai primissimi anni della sua ricostituzione. Ha ricordato, infine, il compianto comm. dott. Alberto Massone, capo divisione presso la Direzione Generale della Sanità, che fu per molti anni diligentissimo e apprezzatissimo segretario del Consiglio Superiore di Sanità.

Ha preso quindi la parola il dott. Messea, direttore generale della Sanità Pubblica, il quale, dopo essersi associato alle nobilissime parole del Presidente, si riferisce, per quanto concerne la esposizione dello stato sanitario in Italia e all'estero, alla ampia e dettagliata relazione presentata preventivamente, in bozze di stampa, a tutti i componenti del Consiglio.

Tale relazione — destinata ad essere presto pubblicata e diffusa — riguarda gli atti compiuti dalla Amministrazione della Sanità Pubblica dal 1° luglio 1925 a tutt'oggi, e comprende, in una prima parte, una ampia e particolareggiata esposizione della multiforme attività svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica. Tale prima parte contiene, in capitoli densi di dati interessanti e di documentazione varia, notizie: sull'attività dei laboratori scientifici (chimico, batteriologico e fisico, quest'ultimo di recentissima istituzione); sullo stato sanitario all'estero; sui provvedimenti speciali attuati per l'Anno Santo; sul servizio sanitario ai confini di terra e di mare. Inoltre, i capitoli relativi all'andamento delle diverse malattie infettive nel Regno, e quelli riguardanti la lotta contro le malattie sociali, e cioè la tubercolosi, la malaria, le malattie veneree, il cancro (pel quale era in corso di pubblicazione uno speciale decreto-legge), il tracoma, il gozzo endemico, l'anchilostomiasi, la lebbra, la pellagra, la profilassi delle malattie mentali.

Seguono, poi, i capitoli riguardanti: il controllo dei sieri e vaccini; la vigilanza sugli alimenti e sulle bevande; l'esercizio professionale dei medici (al cui riguardo è da rilevare il recente accordo di assoluta reciprocità statuito fra l'Italia e l'Inghilterra); il servizio farmaceutico (inchiesta sul servizio farmaceutico; assistenza farmaceutica nei comuni minori, ecc.); lo stato sanitario del bestiame con particolari cenni alle varie malattie infettive ed ai provvedimenti profilattici contro le epizoozie.

Segue la esposizione sull'attività svolta dalla Direzione Generale della Sanità Pubblica per la esecuzione di opere igieniche mediante i mutui di favore largamente concessi per agevolare la costruzione di acquedotti, fognature, cimiteri, locali di isolamento, ecc. In complesso i mutui di favore per opere di provvista di acqua potabile, autorizzati dal 1° luglio 1925 a tutt'oggi dal Ministero dell'Interno, ammontano a circa L. 140 milioni, mentre per le altre opere igieniche (cimiteri, fognature, pavimentazioni stradali) i mutui di favore autorizzati nello stesso periodo ammontano a circa L. 22,000,000.

La predetta relazione, infine, riferisce l'attività della Direzione Generale della Sanità Pubblica per l'applicazione delle vigenti disposizioni sulle acque minerali e sugli stabilimenti termali, le quali mirano, essenzialmente, alla tutela ed al miglioramento delle nostre numerose acque minerali e degli stabilimenti di cura.

Infine, viene fatto cenno alle recenti norme relative al funzionamento dei Gabinetti radiologici.

La seconda parte della relazione riunisce in un apposito volume, i numerosi allegati che comprendono i vari provvedimenti emanati, le relative circolari illustrative, i dati concernenti i vari capitoli della relazione, l'elenco delle acque minerali naturali italiane nei cui riguardi sono stati adottati i provvedimenti in vigore, l'elenco delle Istituzioni antitubercolari permanenti oggi esistenti, ed una memoria sulla « Vaccinazione antitifica », contenente dati e notizie sulla sua applicazione nei vari Stati.

* * *

Apertasi la discussione, il prof. Vivante richiama l'attenzione del Consiglio sul pregiudizio gravissimo che all'esercizio dell'igiene deriva dalla mancanza di medici che si dedichino alla carriera dell'igienista pratico, e ciò perchè la carriera dell'igienista non assicura oggi condizioni economiche sufficienti. Di fronte a questo stato

di cose gli uffici sanitari restano sprovvisti di personale tecnico adeguato all'importante compito. Esprime, pertanto, il voto che siano migliorate le condizioni economiche degli ufficiali sanitari.

Il prof. Sclavo si associa alle parole del prof. Vivante, e, considerando che la maggior parte dei medici condotti (oltre il 70 %) deve adempiere alle funzioni di ufficiale sanitario, lamenta che nell'attuale Esame di Stato per l'esercizio della medicina non sia data la voluta importanza all'igiene assegnandovi una prova speciale e fa voti che sia assicurato ad ogni medico quel minimo di cognizioni di igiene che è indispensabile all'esercizio della medicina e chirurgia. Vorrebbe, parimenti, che oltre a disciplinarsi convenientemente le modalità di concorsi, fosse istituito un esame speciale di Stato pel conseguimento del titolo di « perito igienista » (medico, o chimico, o veterinario) che dovrebbe essere l'indispensabile documento di base per l'esercizio delle funzioni di igienista nel campo pratico.

Riferendosi, poi, all'applicazione della recente Legge sulla protezione della maternità e dell'infanzia, prospetta l'utilità che può trarsi dall'opera delle levatrici, facendo voti che la istruzione di questo personale sia completata mediante speciali corsi di puericoltura e di igiene.

Il prof. Di Vestea si associa ai precedenti oratori e lamenta che l'insegnamento dell'igiene nelle Università abbia luogo per lo più al 4° o 5° anno di corso, e non al 6°, come sarebbe più proficuo.

Il prof. Casagrandi si associa alle parole del prof. Di Vestea e tenuta presente la necessità che i laureati che si avviano alla carriera sanitaria diano garanzie di essere forniti di una preparazione specifica nel campo igienico, fa voti che sia istituito e reso obbligatorio, durante il sesto anno di medicina, anche l'internato nell'Istituto d'Igiene e che per adire alla carriera sanitaria si esiga l'attestazione da parte dei laureati di aver seguito corsi speciali di preparazione igienica negli Istituti Universitari, integrati con la frequenza negli Ospedali di malattie infettive ed uffici sanitari comunali e provinciali, secondo le norme delle « Scuole di igiene universitarie » sorte a seguito della nuova legislazione e conducenti a conseguire il diploma in igiene pubblica.

L'on. prof. Ernesto Belloni si associa ai precedenti oratori ed esprime il desiderio che sia migliorata la coltura dei medici nel campo della farmacologia e della posologia, osservando che i giovani medici generalmente non conoscono oggi l'arte del « ricettare », e preferiscono, per comodità, prescrivere le specialità medicinali; e ciò spiega, in parte, il grande smercio di queste ultime. Si augura che si istituisca nelle Università, al 6° anno di medicina, un corso speciale di « Clinica terapeutica ».

Il prof. Valagussa constata la deficienza di preparazione clinica nelle malattie infettive contagiose da parte degli studenti di medicina, e, considerato che tale deficienza è in rapporto col fatto che agli studenti non si offre il mezzo per l'esame di tali malati dimostrabili soltanto negli appositi ospedali per le malattie infettive o nelle Sezioni d'isolamento annesse agli Ospedali comuni, fa voti che sia fatto obbligo alle Amministrazioni ospedaliere pubbliche e private di accogliere gli studenti del 5° e 6° anno di medicina perchè, con le opportune cautele e suddivisi in squadre, possano seguire la visita ed assistere alle dimostrazioni cliniche fatte dai direttori e dai primari dei reparti d'isolamento stessi in modo che, durante l'anno accademico, sia dato loro il mezzo di osservare e di studiare un gran numero di malati di malattie infettive contagiose e rendersi conto dei metodi terapeutici adoperati e dei risultati con essi ottenuti.

Il dott. Vacino illustra gli ottimi risultati che si ottengono nel campo della propaganda igienica e, in specie, antitubercolare mediante la cinematografia, per la quale forma di propaganda educativa si augura maggiori consensi ed aiuti da parte dei Comuni e dei Podestà.

I consiglieri Chiaria e Quercia svolgono raccomandazioni circa il servizio farmaceutico, il commercio delle specialità medicinali e le tariffe dei medicamenti.

Il consigliere Torti raccomanda alcuni punti relativi al personale veterinario comunale ed al funzionamento dei pubblici macelli.

Il prof. avv. Silvio Lessona, neo consigliere eletto in sostituzione del compianto sen. avv. Calcedonio Inghilleri, riferendosi a quanto hanno detto i consiglieri Chiaria e Quercia, ritiene che allo scopo di combattere più efficacemente l'esercizio abusivo della professione farmaceutica sia necessaria una formula di legge che non lasci dubbi di interpretazione e consenta quindi una rigorosa e sicura interpretazione, e fa voti che l'espressione « medicinale a forma e dose di medicamento » contenuta nella legge 22 maggio 1913, sia modificata con altra che valga più chiaramente ad esprimere quali siano le attività vietate ai non farmacisti.

Il prof. Di Vestea, nei riguardi della recente legge per la protezione e l'assistenza della maternità e dell'infanzia promossa dal ministro Federzoni, rileva che essa è giunta a colmare una significante lacuna della legislazione sanitaria, attuandosi appieno un desiderio degli studiosi di questioni igienico-sociali caldeggiato da più decenni. Propone, pertanto, il voto, approvato all'unanimità dal Consiglio, che, sull'esempio dell'analogo classico atto legislativo della Francia a favore dell'infanzia, detto *honoris causa*, dal nome del proponente, « Legge Roussel », anche l'atto legislativo italiano, tanto più completo ed organico, porti il nome di « Legge Federzoni ».

Il gen. prof. Baduel, direttore generale della C. R. I., riferendosi alla relazione del direttore generale della Sanità, illustra l'attività molteplice che svolge la Croce Rossa nel campo delle provvidenze sanitarie sociali e della propaganda igienica.

Il prof. Maggiora, nei riguardi di quanto è

stato detto a proposito dell'insegnamento dell'igiene, si associa ai precedenti oratori e rileva come attualmente la coltura dei giovani medici vada gradatamente migliorando.

* * *

Nelle successive sedute il Consiglio si è occupato di numerosi ed importanti affari sanitari, prendendo in esame ed esprimendo pareri su schemi di regolamento circa: la concessione di borse di studio per l'addestramento nella lotta antitubercolare, di cui fu relatore il prof. Sclavo; la fabbricazione di poppatoi e simili, sul quale riferì il prof. Valagussa; le norme per il commercio dei mezzi di contrasto e dei materiali anti X, ed altre relative agli Istituti per cure fisiche ed affini, delle quali fu relatore l'on. prof. Belloni; sullo schema di regolamento per i Laboratori provinciali e comunali d'Igiene e di profilassi, che fu esaminato da una speciale Commissione composta dei proff. Maggiora, Lessona, Vivante, di cui fu relatore il prof. Lessona; lo schema di regolamento relativo alla produzione e commercio delle specialità medicinali, che venne esaminato da una Commissione formata dai consiglieri prof. Di Vestea, on. Belloni, dottori Quercia e Chiaria della quale fu relatore il dott. Chiaria; le disposizioni per l'impiego dei sieri, vaccini ed affini non prodotti per la vendita e per la produzione degli autovaccini, sulle quali riferì il prof. Morpurgo; ed il Regolamento sulla vigilanza sanitaria delle carni da macello, esaminato da una Commissione composta dai proff. Casagrandi, Lanfranchi e dott. Torti, della quale fu relatore il prof. Lanfranchi.

Inoltre ha espresso pareri anche sopra parecchie domande di autorizzazione alla vendita di acque minerali; di apertura di Stabilimenti termali, di concessione di privative industriali, ecc.

L'argomento della vaccinazione antitifica, illustrato in una ampia e particolareggiata memoria allegata alla Relazione del direttore generale della Sanità Pubblica, ricca di elementi e di osservazioni, è stato diligentemente esaminato da una Commissione del Consiglio, della quale fu relatore il prof. B. Morpurgo.

Il Consiglio Superiore, udita tale relazione, ha fatto voti che l'interessante memoria sia al più presto pubblicata e largamente diffusa, perchè i medici possano rendersi conto della efficacia della pratica della vaccinazione antitifica, la quale può rendere preziosi servizi ai fini della profilassi del tifo addominale.

Sull'interessante questione, il Consiglio ha approvato un ordine del giorno col quale si segnalano i casi nei quali dovrebbe rendersi obbligatoria la vaccinazione antitifica.

Esaurita la trattazione dell'ordine del giorno, il Consiglio, su proposta di vari consiglieri, ha approvato numerosi voti, ed ha espresso in un ordine del giorno, approvato all'unanimità, la sua piena soddisfazione per l'opera multiforme, alacre, lodevolissima svolta dall'Amministrazione sanitaria sotto la illuminata guida del suo direttore generale; ed ha rivolto, infine, il proprio pensiero riverente e grato al Governo Nazionale e a S. E. Federzoni, animatore consapevole dei grandi problemi igienici e sanitari della Nazione.

Il Consiglio si è sciolto con un plauso caldo ed unanime all'indirizzo della persona del suo presidente, prof. Marchiafava, la cui mirabile opera scientifica ha recentemente ottenuto un alto riconoscimento in Inghilterra con la consegna della medaglia d'oro Manson, tributatagli dalla R. Società di Medicina Tropicale e d'Igiene di Londra.

Cronaca del movimento professionale.

Sanitarii e Comune in Consiglio di Stato.

I proff. Molinari e Reale, sanitari dell'Ospedale Cotugno di Napoli, erano stati sottoposti a consiglio di disciplina e congedati. I colleghi, ritenendosi ingiustamente colpiti, ricorsero alla Giunta Amministrativa, chiedendo la prosecuzione della istruttoria a loro carico, istruttoria che, per il congedamento dei sanitari, era rimasta sospesa.

La Giunta Amministrativa rigettò il ricorso. I due colleghi adirono il Consiglio di Stato il quale con recente sentenza ha dato piena ragione ai giovani sanitari, condannando il Comune a rimetterli tosto in servizio ed al risarcimento dei danni.

I medici della Cassa di Soccorso dell'Azienda tramviaria di Napoli.

I dottori Enrico Varola, Giulio Belfiore, Pasquale Barletta, Agostino Abate e Gaetano De Rosa adirono i tribunali per danni ricevuti in quanto, dopo una prova triennale, venivano licenziati dal Consiglio di amministrazione della Cassa di soccorso della azienda tramviaria.

Il Tribunale di Napoli con sentenza del 19 giugno 1925 dava ragione alla Cassa di soccorso. I colleghi colpiti appellarono; e recentemente la Corte di Appello di Napoli, revocando la sentenza del Tribunale, ha condannato l'azienda tramviaria al risarcimento dei danni e interessi a favore degli appellanti ed a tutte le spese del giudizio.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

BARI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Barletta; al 30 sett., ore 18; ab. 51,387; L. 15,000 e 2 quadrienni di L. 1000; divieto libero eserc. profess. tranne consulenze; obbligo eventuali funzioni med. di porto e circondariale. Titoli ed esami (prove scritte ed orali ed esercizi pratici). Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesoreria comun. Certific. a 3 mesi dal 5 ag. Chiedere annunzio.

BASSANO DI SUTRI (*Roma*). — Riapertura, al 30 sett.; L. 10,500 per 1000 pov., oltre L. 400 uff.

san. e c.-v.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a. Sono valide le istanze già presentate. Docum. a 6 mesi dal 17 ag. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

BRUGNATO (*Spezia*). — A tutto 30 sett.; tassa L. 50.10; stip. L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 1200 c.-v.; serv. entro 20 gg.

CAGLIARI. *R. Università*. — Professore non stabile di patologia spec. chirurg. Scad. 15 ott. Tassa L. 100. Atti al Ministero P. I., Direzione Generale per l'Istruzione Superiore. (Vedi *G. U.*, n. 179, 4 ag. 1926).

CERVARA DI ROMA (*Roma*). — Proroga al 30 sett.

COSSIGNANO (*Ascoli Piceno*). — Al 30 sett. ore 18; ab. 2090; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea e L. 1000 indenn. forese, L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Età lim. 35 a.

CREMONA. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Al 15 ott., ore 16, anatomopatologo; L. 16,800, oltre c.-v. in L. 1200, 4 quinquenni, 50 % incassi cure e ricerche a pagamento; inibiti gabinetto proprio ed esercizio privato. Quattro anni di aiuto o assist. in Ist. an.-pat. univ. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Rivolgersi segreteria del Consiglio amm.

FIUME. *R. Prefettura della Provincia del Carnaro.* — Ufficiale sanit. del Capoluogo. Scad. 30 sett., ore 12. Vedi fasc. 35.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. nei Comuni di Vieste, Lucera, Margherita di Savoia, S. Marco in Lamis, Pietra Montecorvino, Volturino, Volturara, Appula, Alberona, Biccari, Stornara, Poggimperiale. S. Paolo di Civitate. Scad. 25 ott.

FORLÌ. — Condotto supplente fisso; al 30 sett.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; L. 9000, oltre L. 4000 trasp.; 10 bienni ventes.; 2 c.-v.; ecc. Serv. entro 15 gg.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Al 15 ott.; v. fasc. 36.

PONTECAGNANO FAIANO (*Salerno*). — L. 6500 e 4 quadrienni. Scad. 30 sett.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

S. POTITO SANNITICO (*Caserta*). — A tutto il 30 sett.; L. 7000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 ag. Acettaz. entro 5 gg.

SASSARI. *R. Università.* — Professore non stabile di Clinica ostetrica. Domanda al Ministero della P. I. in carta boll. da L. 3 entro il 30 sett. Tassa di L. 100. Notizie sulla attività scientifica e carriera didattica in 10 esemplari.

SASSOFELTRIO (*Pesaro*). — Al 25 sett., ore 18; L. 8000 per 500 pov., addiz. L. 3 fino a 1000 e L. 5 oltre; L. 300 uff. san.; L. 3000 trasp.; indenn. serv. attivo concordata; L. 300 arm. farm.; età lim. 24-40 a.; tassa L. 50.15.

SUTRI (*Roma*). — La proroga al 30 settembre, annunziata nel fascicolo scorso, deve riferirsi a Bassano di Sutri.

TICENGO (*Cremona*). — Con Cimignano sul Naviglio; scad. 29 sett.; L. 11,500 fino a 1000 pov., indennità capitaria L. 2; mezzo trasp. L. 1500; uff. san. L. 500; c.-v.

VERGATO (*Bologna*). — Scad. 25 sett.; L. 8800 per 800 pov., un c.-v. in L. 1200, trasp. L. 3000 se cavalc., L. 500 se bicicl.

VICO DEL GARGANO (*Foggia*). — A tutto 25 sett.; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; età lim. 45 a. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

VILLA DI TIRANO (*Sondrio*). — Al 15 ott., ore 12; centro; L. 8500 e 5 quinq. dec. a partire dal termine del biennio di prova; uff. san. L. 500; trasf. L. 850; mezzi trasp. L. 2000; c.-v. L. 1200; tassa L. 50.15. Docum. a 3 mesi dal 6 sett.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Scad. 15 ott.; vedi fasc. 36.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

ORDINE DELLA CORONA D'ITALIA.

Il prof. C. Willems di Liegi, che quale presidente della Società Internazionale di Chirurgia, presiedette il Congresso adunatosi lo scorso aprile a Roma, è stato insignito della commenda dell'Ordine della Corona d'Italia. Il dott. L. Mayer, segretario generale di detto Congresso, è stato nominato ufiziale nello stesso Ordine.

ORDINE DEI SS. MAURIZIO E LAZZARO.

Su proposta del Ministro dell'Interno il prof. comm. Diomede Chini, ispettore sanitario pellagrologo, è insignito della croce di cavaliere nell'Ordine dei SS. Maurizio e Lazzaro, in considerazione di alte e speciali benemerenze per le funzioni igieniche delicatissime ch'egli compie nel Veneto.

Con decreto del Ministero della Guerra in data 20 luglio 1926 sono chiamati a far parte del Comitato centrale per gli studi sanitari aeronautici i seguenti membri: Herlistka prof. cav. uff. Amedeo, direttore dell'Istituto di Fisiologia della R. Università di Torino; Gabbi prof. gr. uff. Umberto, direttore della Clinica Medica della R. Università di Parma; Sclavo prof. gr. uff. Achille, direttore dell'Istituto d'Igiene della R. Università di Siena; Bilancioni prof. comm. Guglielmo, direttore della R. Clinica Oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Pisa; Bastianelli prof. comm. Giuseppe, libero docente in patologia e clinica medica presso la R. Università di Roma.

NOTIZIE DIVERSE.

Il nuovo abominevole attentato alla persona del Duce e alle fortune d'Italia è fortunatamente fallito. Ne esprimiamo il nostro profondo compiacimento.

Le giornate mediche di Montpellier.

Dopo il successo brillante delle giornate mediche di Brusselle, si sono seguite quelle di Tolosa, Tunisi, Parigi, che hanno dimostrato il favore straordinario con cui la classe medica accoglie queste organizzazioni. Per evitare, però, che esse si moltiplichino troppo, con che se ne perderebbero il carattere e la struttura iniziali, le Università della Francia meridionale — Tolosa, Bordeaux, Marsiglia e Montpellier — sono venute nell'intesa che, in esse, queste riunioni si avvicenderanno a turno. Quest'anno sarà la volta di Montpellier, ove il convegno resta indetto dal 4 al 6 novembre. Come prologo il 3 novembre — giorno che in altri tempi quella Università consacrava ad Ippocrate — verrà commemorato il centenario della creazione dei capi di clinica; esso coinciderà con la solenne apertura dell'anno accademico. Il 4 novembre sarà dedicato ai progressi scientifici; il 5 ai servizi sanitari militari; il 6 agl'interessi corporativi; il 7 verranno compiute escursioni artistiche. Sono preparati vari trattenimenti. Per informazioni rivolgersi al segretario aggiunto, Dr. Desfour, rue Emile Zola 8, Montpellier.

Al convegno sarà annessa un'Esposizione; per informazioni rivolgersi al segretario tecnico, M. Maujoint, rue de l'École de Médecine, Paris (V).

3° Congresso scientifico pan-Pacifico.

Si adunerà a Tokio dal 30 ottobre all'11 novembre; lingua ufficiale ne sarà l'inglese. Gli Stati Uniti vi hanno delegato come rappresentante il prof. Wilbur, dell'Università di Stanford. Nella Sezione Medica saranno discussi i seguenti temi: 1) distribuzione, profilassi e terapia delle malattie endemiche sulle coste del Pacifico; 2) distribuzione, sintomi, profilassi e terapia della dissenteria, dell'anchilostomiasi e della schistosomiasi (giapponese); 3) rapporto tra clima, alimento, vestiario e resistenza degli abitanti nei vari punti della costa del Pacifico. Prima e dopo del Congresso avranno luogo grandi gite.

Società per lo studio delle questioni sessuali e di eugenica.

Il 20 luglio, nell'aula del R. Istituto di Medicina Legale di Palermo, si riuniva, per la prima volta, il Gruppo Palermitano. Il Consiglio direttivo per acclamazione è risultato così costituito: presidente: prof. Domenico Mirto, direttore del R. Istituto di Medicina legale; vice-presidenti: prof. Ercole Cova, direttore della R. Clinica Ostetrica e prof. Luigi Philipson, direttore della Clinica dermosifilopatica; consiglieri: prof. Luigi Borrello, prof. Vincenzo Piazza Martini, avv. Tommaso Leone Marchesano; segretario-cassiere: dott. Ferdinando Nicoletti, aiuto nel R. Istituto di Medicina legale.

Scuola Medica Ospedaliera di Napoli.

Dal 1° ottobre al 5 novembre avrà luogo un corso di preparazione agli esami di Stato pei laureati in medicina e chirurgia. Per la Clinica medica insegneranno i proff. Menotti Bucco, Giovanni Castronuovo, Maurizio Crispino e Gabriele Tedeschi; per la Clinica chirurgica i proff. Raffaele Minervini, Carlo Laccetti, Elia Savelli; per le Cliniche oculistica, dermosifilopatica e delle malattie genito-urinarie l'iscrizione è separata.

Dal 1° al 30 novembre avrà luogo un corso pratico di perfezionamento in Medicina e Chirurgia generale per i soli medici condotti. Il corso sarà tenuto per la Clinica medica dai proff. Menotti Bucco, Maurizio Crispino, Modesto de Vivo, Domenico Pace, Vincenzo Patricelli; per la Clinica Chirurgica dai proff. Gaetano Sorge, F. Iacobell, Carlo Laccetti e Pietro Capasso; per le Cliniche oculistica, dermosifilopatica e delle malattie genito-urinarie l'iscrizione è separata.

Domande all'ispettore G. Renzi, che rilascerà analoga ricevuta.

L'orario sarà stabilito d'accordo con gl'iscritti.

Il concorso per l'internato a Parigi.

Negli ultimi del luglio scorso ebbero luogo gli esami scritti per « interne des hôpitaux de Paris », esami che costituiscono l'avvenimento più importante della vita medica parigina. Si tratta di un concorso difficile per serietà di prove e numero di candidati: 730 candidati, 80 posti. Gli esaminandi hanno diritto, dopo la lettura del tema, a mezz'ora di riflessione e ad un'ora per scrivere e presentare il lavoro. I temi sono stati: 1) *Anatomia*: Il canale deferente; 2) *Patologia medica*: Pneumotorace spontaneo nella tubercolosi; 3) *Patologia chirurgica*: Diagnosi differenziale ed indicazioni terapeutiche nel cancro del collo dell'utero.

Ai primi di ottobre sono fissate le prove orali, ed il 18 ottobre avrà luogo il grande « *Bal de l'Internat* » dove in una notte di vera follia parigina, in cui l'orgia si decora d'arte, si dimenticano le amarezze del concorso e si inaugura il nuovo anno scolastico.

Lotta contro il cancro.

La « Gazzetta Ufficiale » del 26 agosto, n. 198 ha pubblicato un decreto-legge in data 23 luglio, n. 1427, con il quale, ritenuta la urgente ed assoluta necessità di organizzare e sviluppare la lotta contro il cancro, viene stanziata, nei capitoli del bilancio del Ministero dell'interno e per ogni esercizio finanziario, la somma di due milioni di lire, di cui 1,800,000 da erogarsi in sussidi ai Comuni, alle Province, alle istituzioni pubbliche, per l'impianto e il funzionamento di centri di accertamento diagnostico per i tumori maligni, e L. 200,000 per l'attuazione di corsi di preparazione scientifica e di tirocinî pratici.

Il Governatorato di Roma contro il cancro.

Il Governatore di Roma ha preso le seguenti decisioni:

Iscrizione del Governatorato alla Lega italiana contro il cancro, sezione di Roma.

Istituire nuovi locali nell'ambulatorio centrale, dove verrà modernizzato un ambulatorio diagnostico e curativo specializzato contro il cancro, arredandolo di tutto quanto occorra.

Porre al servizio dell'ambulatorio tutto il macchinario radiologo e l'organizzazione già esistente, nonchè le sezioni chimica e micrografica dei laboratori del Governatorato, provvedendo ove occorra ad acquisti di altro materiale necessario, sia per le indagini diagnostiche, che per le applicazioni curative.

Delegare l'Ufficio d'igiene e sanità a designare un medico che curi l'organizzazione tecnica dell'ambulatorio e ne abbia la responsabilità, alla dipendenza del medico primario per la terapia fisica, per la parte radiologica.

Costituire un corpo medico specializzato con elementi tratti, sin da dove sia possibile, dai sanitari in servizio nel Governatorato che dimostrino di essersi dedicati a ricerche sul cancro, in modo che essi possano essere utilizzati nell'ambulatorio e fuori di questo per la lotta contro il cancro.

Svolgere opera attiva di propaganda presso la popolazione a mezzo di opuscoli, conferenze, proiezioni cinematografiche, ecc.

La lotta contro la malaria nell'Agro Romano.

Recentemente il sen. Cremonesi, prendendo in esame le proposte dell'Ufficio d'Igiene relative ad una sempre migliore organizzazione dei servizi per fronteggiare la malaria, ha deciso di adottare una deliberazione di notevole importanza per fornire ai medici, sparsi nell'Agro Romano, i mezzi migliori per svolgere la loro lotta.

È stato ordinato a tutti i proprietari affittuari dell'Agro Romano, di porre a disposizione dei medici un modesto ambiente destinato ad infermeria e ambulatorio. Il provvedimento, in realtà, concorre a rendere assai più numerose le stazioni sanitarie, perocchè anche con l'opera di un solo medico, che si rechi in diverse località, si ha difatti l'esercizio di un maggior numero di osservatori sanitari.

Questi piccoli centri che saranno organi di diffusione della civiltà per opera dei medici, potranno prestarsi anche all'esercizio della propaganda per la lotta contro la malaria, in quanto il medico potrà radunare gli adulti o i ragazzi, verso i quali svolgere opera di educazione per la conoscenza delle condizioni in cui si contrae il morbo e per le cure preventive.

La malaria scomparsa da Fiumicino.

L'azione antimalarica intrapresa dal compianto prof. B. Grassi nella borgata di Fiumicino — scelta come una delle località più malariche dell'Agro Romano — è stata ripresa dalla Stazione sperimentale antimalarica, istituita col concorso della Direzione generale della Sanità pubblica, del Governatorato di Roma e della Fondazione Rockefeller. La stazione ha condotto una campagna contro le larve di zanzare, per mezzo del verde di Parigi o di Schweinfurt, sopra una zona di tre chilometri intorno all'abitato, col risultato che la malaria è praticamente scomparsa: difatti nell'anno in corso si sono avuti solo 4 primitivi in tutta la popolazione (stabile, avventizia e bagnante). Questo successo meritava di essere segnalato.

Abbiamo notizia che anche in altri centri rurali la Stazione sperimentale — che lavora nel silenzio ma con efficacia — ha ottenuto buoni successi. Resta a vedere se la slarvizzazione è generalizzabile alle campagne in senso lato.

Per la terapia della malaria.

Nella « Riv. di Malariologia », fasc. 2, si dà notizia dei risultati che Giemsa ha ottenuto, per la terapia della malaria, dalla etil. e dalla propil. cupreina, derivati della cupreina, che è un alcaloide estratto dalla *Remijia cuprea s. pedunculata* (pianta appartenente alla famiglia delle rubiacee, di cui fa parte anche la china). Quei due prodotti si sono dimostrati decisamente superiori alla chinina e ad altri chinacei.

Abbiamo notizia che nelle officine della principale organizzazione tedesca per la fabbricazione dei colori, si è ottenuta una serie di prodotti sintetici contro la malaria: a, b, c prochina; il secondo di tali prodotti, designato anche come plasmachina, si dimostrerebbe molto attivo contro gli stadî sessuali dei parassiti malarici estivo-autunnali; converrebbe associarlo alla chinina. È poco maneggevole. Attualmente viene sperimentato su larga scala, anche in Italia.

L'agente della rabbia.

Lo studioso giapponese K. Sukegama annunzia di essere riuscito, dopo sette anni di ricerche, a coltivare l'agente della rabbia, che non sarebbe costituito dai corpi di Negri. Nei suoi primi tentativi l'incubazione della malattia nei conigli durava circa due mesi ed i sintomi erano incompleti; alla 12ª generazione del virus, l'incubazione è stata ridotta a 12 giorni e si determinava un quadro integrale della malattia.

Ci auguriamo che la scoperta dello scienziato giapponese possa essere confermata e possa trovare utili applicazioni. Osserviamo che le conferme sono necessarie prima di poter accettare l'autenticità di queste ricerche, perchè già molte volte fu annunziata la coltivabilità del virus rabico, mentre si trattava di errori sperimentali. (« Ann. d'Ig. », lug. 1926).

Nuovo siero antisifilitico?

Comunicano da Leningrado che il dott. Tikhomirof avrebbe scoperto un nuovo siero antisifilitico, di così sorprendente e provata efficacia, che su 100 infermi sottoposti alla sua azione, 97 sono guariti radicalmente (« El Siglo Médico »).

Dopo le gravi contestazioni di cui è stata oggetto la presunta scoperta di Lancellotti e Jaregui, relativa alla produzione di un siero antisifilitico, si legittima un senso di diffidenza intorno alla nuova scoperta congenere. (« Ann. d'Ig. », lug. 1926).

Per il prof. Morpurgo.

Si è costituito un comitato per tributare onoranze al prof. Benedetto Morpurgo nel 35° anno della sua attività di studioso e di maestro. Il programma comprende la pubblicazione di un volume ricordo, nel quale saranno raccolti lavori originali di allievi, amici ed ammiratori. Coloro che intendessero partecipare a queste onoranze sono pregati di inviare la loro adesione al prof. Azzo Azzi, corso Raffaello 30, Torino. Per la semplice adesione l'offerta è libera. L'offerta superiore alle 100 lire dà diritto al volume ricordo.

Conferenza del sen. Marchiafava.

Nell'Ospedale in Roma di Santa Sabina, ha avuto luogo una conferenza del più grande malariologo dei tempi nostri: Ettore Marchiafava.

La conferenza ha riassunto in una sintesi meravigliosa i punti fondamentali che il medico competente deve avere bene presenti nella lotta contro il morbo che già in alcuni punti della Campagna Romana è stato vittoriosamente debellato.

Facevano corona al maestro il medico provinciale Sirleo, la direzione dell'Ufficio d'igiene al completo, tutti i medici dell'Agro Romano, che tributarono all'oratore una entusiastica ovazione.

Verranno tenute altre conferenze sulla lotta antimalarica dai proff. Pecori, De Rossi, Escalar, Petacci.

Pro assistentato medico universitario.

Nella « Federazione Medica » il dott. Buonsanti porta all'attenzione del Governo il seguente suo ordine del giorno:

« La Classe Medica d'Italia, spiritualmente adunata,

richiama ancora una volta l'attenzione del Governo Nazionale sulla necessità inderogabile di proteggere il crollante istituto dell'Assistentato Clinico Universitario con una sollecita legislazione statale che ne riconosca l'altissimo valore per l'affermazione della scienza medica nazionale,

e riconoscendo che la valorizzazione di una così importante funzione scientifica non possa, ai fini della grandezza nazionale, affidarsi alla autonomia amministrativa delle Università, che non ha possibilità assistenziali da garentire il prestigio e i diritti di vita della Categoria;

fa voti perchè il Governo Nazionale inquadri nei ranghi statali il personale Assistente ed Aiuti Clinici disciplinandone le attività sul binario dei doveri che la restaurazione nazionale impone e tutelandone con dignitoso trattamento economico l'auspicata espansione culturale, base insopprimibile della riscossa italiana ».

Il calendario scolastico migliorato.

Secondo l'abolito calendario l'anno scolastico si apriva, con gli esami di riparazione, il 1° ottobre, e il giorno 16 avevano principio le lezioni, che terminavano tra il 22 e il 26 giugno. Gli esami estivi cominciavano, quindi, tra il 26 giugno e il 1° luglio, e il più di essi si protraevano fino alla seconda quindicina di luglio, mentre i più importanti e faticosi andavano a finire ai primi di agosto. Ora il ministro della P. I., come avevamo annunziato, ha disposto una riforma che, con opportuni accorgimenti, andrà in vigore per l'anno in corso. Secondo il nuovo calendario la sessione estiva avrà luogo nella seconda quindicina di giugno, quella autunnale nella seconda metà di settembre e l'inizio delle lezioni al 1° ottobre. Non è chi non veda i vantaggi del nuovo calendario nei riguardi igienici, poichè le fatiche più improbe non verranno più imposte agli scolari quando il caldo è più sfibrante.

Proiezioni educative.

La *Gazzetta Ufficiale* ha pubblicato un decreto ministeriale che dispone circa la proiezione cinematografica di pellicole a scopo di educazione civile, di propaganda nazionale, e di cultura varia.

In memoria del dott. Enrico Marconi.

L'« Umbria Medica », periodico diretto dai professori C. Micheli e L. Mariani, ha dedicato il suo n. 68 alla vita e agli scritti di Enrico Marconi, appassionato cultore delle discipline biologiche e mediche: in un piccolo centro, quale Terni, egli era riuscito ad acquistare una coltura vasta e profonda e a crearsi una fama che varcava i confini.

Dati demografici negli Stati Uniti.

Il *Department of Commerce* pubblica i dati preliminari sulla natività e mortalità durante il 1925 nella « registration area » degli Stati Uniti.

Si sono registrate 1,727,467 nascite, ossia 21.2 per mille, contro 22.6 del 1924, il che segna una riduzione del 7 %; 955,074 morti, ossia 11.7 per mille, contro 11.8 del 1924; 123,512 morti sotto 1 anno di età, ossia 71.5 %, contro 71 del 1924.
(« Public Health Reports », 11 giu. 1926).

Vaccinazione obbligatoria dei cani contro la rabbia.

Un'ordinanza del Municipio di San Diego in California stabilisce che tutti i cani debbano essere vaccinati contro la rabbia. (« Hygeia », giugno 1926).

Tragica applicazione del microfono.

I medici della prigione di Carson City, nella Nevada (Stati Uniti), hanno studiato per mezzo di microfoni il ritmo cardiaco di tre condannati a morte per asfissia, i quali ignoravano la loro fine imminente. (« Arch. de Med., Cir. » ecc., 14 agosto 1926).

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Arch. de Med., Cir., ecc., 30 gen. — S. RECASENS. Trattam. della leucorrea.

Gaz. d. Hôp., 30 gen. — TURRIÈS. La sedimentazione delle emazie.

Münch. Med. Woch., 29 gen. — R. DEGKWITZ. Siero antimorbilloso specifico dagli animali. — E. HOFFMANN. Infez. sifilitica cadaverica.

Deut. Med. Woch., 29 gen. — K. BONHOEFFER, W. HIS. Le cosidette neurosi da infortunio. — F. KLEMPERER. Sanocrisinoterapia della tbc. p.

Encéphale, gen. — SÉZARY e BARBÉ. Chimioterapia della par. gen. — P. ESCUDER NUNEZ. I tumori del lobo front. — H. CLAUDE e M. MONTANUT. Delimitaz. della paranoia legittima.

Revista Médica Lat.-Amer., nov. — R. ARAYA. I fibromiomi uter. — J. C. LANDABURU. I recenti progressi nella tecnica della radiologia medica.

Revue de la Tub., dic. — E. LEURET e J. CAUSSIMON. Le febbri mestruali nella tbc.

Presse Méd., 27 gen. — H. VIGNES. La teoria anafilattica della mestruaz.

Folia Med., 15 feb. — F. GALDI. Linee programmatiche di clinica medica.

Gaz. d. Hôp., 17 feb. — R. BENARD. Mutabilità dei caratteri batteriologici.

Acta Med. Scand., III. — C. LUNDSGAARD. Esame funzionale dei reni. — H. ODQUIST. Aneurismi intracran. — W. BIE. Trattam. della tbc. con la sanocrisina.

Bull. Méd., 17-20 feb. — Numero sulla cardiologia.

Rass. Internaz. di Cl. e Ter., nov. — Numero sulle vie biliari.

Amer. Med., gen. — I. HARTSHOME. Trattam. della cataratta. — E. FIELD. Radiumterapia interna.

Paris Méd., 20 feb. — Numero sulle malattie respiratorie.

Soc. d. Hôp., 12 feb. — G. GUILLAIN. Sifilide nervosa familiare. — M. R. CASTEX e al. Esploraz. radiolog. della pio-pneumociste subfrenica. — M. R. CASTEX e al. Esploraz. radiologica del pericardio.

Folia Gynaec., 2. — C. VERCESI. Osservazioni sfigmotonometriche sullo stato puerperale.

Ann. di Ottalm., ecc., mar. — MAGGIORE. Il dosaggio nella cura chirurg. dello strabismo. — BORRELLO. Particolare potere di difesa della mucosa congiuntivale. — NICOLETTI. Sintomatologia oculare del m. di Flajani-Basedow.

Gazz. Med. Italo-Argent., 31 gen. — G. BOSCH e A. Mò. Malarioterapia della p. g.

Münch. Med. Woch., 26 feb. — KALK e SCHOENTUBE. La motilità delle vie biliari. — MAYER. La reaz. dei sessi al matrimonio. — HÜGELMANN. La posiz. orizzont. nel trasporto dei malati.

Deut. Med. Woch., 26 feb. — BOAS. Provocaz. artificiale nelle emorragie occulte. — R. ERDMANN. Filtrati e tumori.

Wien Klin. Woch., 25 feb. — BAUER. La pinguedine. — SIHLE. L'accentuaz. dei toni diastolici.

Journ. Amer. Med. Assoc., 6 feb. — S. L. ZIEGLER. Chirurgia del tracoma. — M. H. BASS. Le extrasistoli nell'infanzia.

Rif. Med., 1 mar. — A. BARLOCCO. Clin. med. e scienze biologiche. — E. CENTANNI e F. REZZESI. Antagonismo tra tbc. e cancro.

Minerva Med., 28 feb. — C. SECCO. Sifo-enzimo-reazione.

Patholog., 15 feb. — G. BILANCIONI. Innesti speriment. di rinoscleroma. — G. FRANCHINI. Spirochetosi bronco-polmon. — M. DALLA PALMA. Diverticoli multipli dell'intest.

Lancet, 27 feb. — W. YORKE. Trattam. della p. g. — J. H. DOUGLAS WEBSTER e I. P. THIERENS. Curieterapia del cancro operabile della mammella.

Presse Méd., 24 feb. — A. CALMETTE e al. Premoniz. di neonati con vaccino B. C. G.

Amer. Journ. Med. Sc., feb. — J. GRAIG POTTER e F. C. MANN. Cambiamenti di pressione nelle vie biliari. — P. V. GILMAN e W. E. KAY. Tiroidectomia totale. — H. H. REESE e S. K. BEIGLER. Degeneraz. subacuta del midollo spinale e anemia pernic. — G. E BROWN e H. Z. GIFFIN. Alterazioni vascolari nella policitemia vera.

Arch. Sch.- u. Tr.-Kr., 1 mar. — W. CORDES. Trattam. della malaria cerebrale.

Edinb. Med. Journ., mar. — Numero sulla tbc.

Rass. Intern. Clin. e Ter., dic. — A. DI CORB. Cefalee d'orig. nasale.

Arch. Sc. Med., 6. — A. BUSINCO. Splenoma congenito (emartroma splenico). — A. AZZI. Fagocitosi del tubercolo.

Mediz. Klinik, 26 feb. — K. HERXHEIMER. Neurodermiti. — H. MUCH. Disimmunità.

Wien. Arch. inn. Med., 10 feb. — H. POLLITZER e E. STOLZ. Patologia del ricambio respiratorio. — F. DEPISCH. Contenuto calcico del sangue e del liquor. — R. SINGER. Patogenesi dell'angina pectoris. — A. LEIMDÖRFER. Nuovo elemento sanguigno. — A. WALLGREN. Meningite asettica acuta epidemica. — V. FRITSCH. L'habitus phthisicus. — J. VON BOROS. — Grandezza e forma degli eritrociti.

Igiene Mod., feb. — S. CRAMAROSSA. L'età matrimoniale.

Giorn. d. Med. prat., gen. — A. BARLOCCO. I saggi di funzionalità renale.

Riv. Cl. Med., 15 gen. — G. GARIN. La diagnostica clinica in medicina.

Paris Méd., 27 feb. — GILBERT e al. Studio del chimismo gastrico con l'istamina.

Bull. Méd., 24-27 feb. — Numero sulla cardiologia.

Riv. d'Ig. e Med. Soc., 1 gen. — L. MANFREDI. Lotta contro le malattie sociali.

Journ. Am. Med. Ass., 13 feb. — P. W. BROWN. L'ento-amebiasi. — S. S. Bacon. Il forc. di Kielland nell'O. P. persist. — E. A. GRAHAM e al. La fenoltetraiodoftaleina sodica per l'esame simultaneo delle funzioni epatica e renale e per la colecistografia. — F. C. WARNSUIS. La mortalità da appendicite. — E. M. DALAND. Esiti remoti della radiumterapia del cancro cutaneo.

Difesa soc., feb. — E. PESTALOZZA, R. PELLEGRINI. A proposito di aborto provocato.

Morgagni, 14 feb. — I. JACONO. Pseudo-difteriti.

Studium, 20 feb. A. CARDARELLI. Paralisi pseudo-ipertrofica familiare.

Practitioner, mar. — Numero su alimentazione, dietetica, vitamine.

Giorn. Cl. Med., 28 feb. — L. BARCHI. Prova dell'Hijmans van den Bergh.

Pediatria, 1 mar. — I. NASSO. La tubercolosi nell'infanzia.

Presse Méd., 27 feb. — R. LUTEMBACHER. La ascoltaz. elettrica: multi e teleascoltazione.

Arch. Ital. di Dermatol. ecc., dic. — U. GRÜNBAUM. Siringomielia e dermatite siringomielica. — P. LONGO. Sarcoide sottocutaneo.

Journ. de Méd. de Paris, 1 mar. — A. GAILLOT. Sifilide implacabile.

Terapia Contemp., feb. — C. ACHARD. Avvelenamenti da acido picrico. — G. BOERI. Esame funzionale dell'apparecchio respir. — C. PETRÉN. Prognosi del diabete mel. — K. A. HEIBER, L. R. GROLE. Cura del diabete. — F. BLUMENFELD. Cura della faringite cron.

Ann. Inst. Pasteur, feb. — A. CALMETTE e al. Premunizione dei neonati con vaccino B. C. G. — J. DUMAS e al. Anatossina dissenterica.

Deut. Med. Woch., 5 mar. — BLUMENTHAL. Sull'orig. parassit. dei tumori maligni. — DREYFUS e HANAU. Piretoterapia, specialm. malariaterapia, della sclerosi multipla.

Mediz. Klinik, 5 mar. — W. STOELTZNER. Spasmofilia. — J. PAL. Tono muscoare e innervazione tonica.

Riforma Med., 8 mar. — D. GIORDANO. Gastroptosi con lacuna nell'epiploon gastrocolico. — L. CIRIO. Cosidetta eosinofilia costituzionale. — S. MONGINI. « Respiro versatile espiratorio ».

Lancet, 6 mar. — W. W. C. TOPLEY. Epidemiologia sperimentale. — F. BUZZARD. Trattam. delle malattie del sist. nerv.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 feb. — Numero sulla medicina infantile.

Pensiero Med., 28 feb. — A. MONSELISE. Le contusioni addominali.

Münch. Med. Woch., 5 mar. — KRECKE, PLAUT e JAHNEL. La paral. progress. è conseguenza della vaccinaz. jennariana? — RIMPAN. La disinfez. terminale.

Wien. Klin. Woch., 4 mar. — LIEBER. Azione fisico-chim. dei raggi X sull'organismo.

Gazz. d. Osp. e d. Clin., 28 feb. — L. GROSSI e G. MARAGLIANO. Il pallore degli arteriosclerotici.

Revue Neurol., feb. — L. BARD. Trasmiss. delle eccitaz. — R. RORRDOF e G. COCCHIARARO. Palilalia nella sindrome parkinsoniana post-encefalit.

Morgagni, 21 feb. — N. SANTANGELI. Ricambio respirat. e metabolismo bas. nel pneumot. art.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 6 mar. — G. B. BELLONI. Doppia innervaz. autonoma dei muscoli volont. — G. E. MORSELLI. Afasia totale traumatica guarita, recidivante per lesione nell'antica sede.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 27 Settembre 1926 Fasc. 39

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO D'IGIENE DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA
diretto dal prof. G. SANARELLI.

Sopra un focolaio epidemico di febbre maltese (1).

Dottor A. ALESSANDRINI, aiuto e l. d.
Dottor C. ENRICO, assistente.

Il 18 giugno del corrente anno il Podestà di Affile (Roma) ci inviava un campione di latte di capra, pregandoci di eseguire su di esso le ricerche onde stabilire se detto latte provenisse da animale affetto da melitococcia; ci comunicava inoltre che fra le capre residenti nel Comune si erano verificati, alcuni mesi prima, numerosissimi casi di aborto.

Nello stesso giorno ci venivano inviati dall'Ospedale di S. Spirito in Roma due campioni di sangue prelevati a due malati, provenienti da Affile, i quali da vario tempo erano affetti da febbre accompagnata da dolori diffusi.

La reazione di Zammit, eseguita sul latte, risultò fortemente positiva al titolo di 1:80 per due stipiti di *M. melitensis* e due di *B. abortus* (Bang). I due sieri di sangue agglutinarono al titolo di 1:200 uno stipite di melitense e uno di *B. abortus*.

Questi risultati positivi per una probabile infezione da melitococco nei due pazienti e il fatto che nelle capre si erano verificati numerosi casi di aborto, ci indussero a investigare e a stabilire se in Affile vi fossero stati casi consimili negli abitanti.

Avendo saputo dal medico e da persone del luogo che sicuramente nel paese molti casi di melitococcia si erano verificati e fra questi alcuni di eccezionale gravità, tanto che i pazienti erano venuti a morte, pensammo, tanto più, che nessuno si era in special modo occupato di questo focolaio epidemico, di recarci sul posto, per studiare quale fosse stata la sorgente dell'infezione, quali le probabili vie di contagio, quale il decorso della malattia nell'uomo.

Alla descrizione della epidemia ed alla esposizione delle osservazioni e delle ricerche compiute, riteniamo utile far precedere alcuni cenni topografici ed etnici della località colpita.

Siamo vivamente grati al dott. Mastella Roberto, medico chirurgo in Affile, il quale col suo valido aiuto ha grandemente facilitato il nostro còmpito, permettendoci con la sua diligente e diuturna osservazione dei pazienti di contribuire allo studio epidemiologico e clinico della malattia.

Affile giace sulla sinistra dell'Alto Aniene a 684 m. sul mare, in un avvallamento tra i monti Affilani e il monte Scalambra, presso la strada che da Subiaco conduce nel circondario di Frosinone, in una regione fortemente accidentata, dove i paesi, simili a nidi di aquila, dall'aspetto selvaggio, sono situati sulle vette dei monti, come sperduti nel loro isolamento. Data la topografia di questa zona, la maggior parte delle borgate sono collegate alle principali vie di comunicazione mediante strade secondarie, e quindi i contatti reciproci fra le varie popolazioni non sono così facili come usualmente avviene per le località situate in pianura.

Affile è costituito da un gruppo di case agglomerate sulla cima del monte, quasi tutte di vecchia costruzione, umide, poco curate dal punto di vista della edilizia e della nettezza. Le vie sono strettissime, tortuose, mal tenute e in taluni punti gli scoli, che servono allo smaltimento delle acque luride delle case, sono allo scoperto, e ridotti a piccoli rigagnoli che lasciano sperdere del liquame fetido. La popolazione di Affile è di 1885 abitanti, dediti alla pastorizia, ma principalmente all'agricoltura.

*
* *

Le inchieste da noi praticate sul posto furono tutt'altro che facili. Trovammo una notevole difficoltà nel chiarire alcuni punti di grande interesse, perchè gli abitanti si mostravano restii a fornirci tutte quelle delucidazioni sul come si fosse sviluppata l'epidemia, nel timore che dal risultato dell'inchiesta i loro greggi fossero soggetti a sequestro e i prodotti di essi deprezzati. Ma dal veterinario e dal medico potemmo sapere che nei mesi di gennaio e di febbraio del corrente anno si erano verificati dei casi di aborto nelle capre e in molto minor numero nelle pecore, sebbene i proprietari dei greggi non avessero data nessuna importanza a ciò, pensando che l'aborto fosse dovuto, come volgarmente ritengono, a qualche pascolo cattivo. A convalida di questa loro supposizione adducevano che era bensì vero che le capre avevano abortito, ma era anche vero che esse erano state sempre bene e avevano sempre dato latte abbondante. Dalle notizie avute dal veterinario risulta che:

in un gregge appartenente a M. G. su 40 capre si sono avuti 38 aborti;

in un gregge appartenente a S. A. su 20 capre si sono avuti 14 aborti e su 60 pecore 15 aborti;

in un gregge appartenente a M. F. su 17 capre 3 aborti.

Tenendo presente il numero degli animali inscritti nel 1926 nel ruolo del Comune e precisamente:

pecore = 743
capre = 106
bovini = 85 (di cui metà buoi e metà vacche)

la percentuale degli aborti nelle capre è stata elevatissima (del 51.90 % circa); minima nelle pecore (1.97 % circa); *nessun aborto fra i bovini.*

Interessante era di cercare come si fossero contagiati i greggi.

Sebbene gli animali siano residenti nel Comune e il pascolo sia locale, risulta però in modo inoppugnabile che vengono abitualmente comperate capre e pecore per macello e per rivendita nelle fiere che si svolgono a Valmontone, Paliano, Arsoli, Cisterna di Roma, Terracina, e pare anzi probabile che l'epizoozia che si è sviluppata in Affile fra le capre, sia sorta precisamente dopo l'acquisto di caprini e ovini a Cisterna di Roma, nel dicembre del 1925. Ora a noi consta che in Cisterna di Roma e in località limitrofe si sono verificati, tempo addietro, dei casi di melitococcia; non ci meraviglierebbe quindi che tra gli animali comperati non ve ne fosse qualcuno portatore di melitococco e che vivendo a contatto con i greggi indigeni li abbia contagiati.

I primi casi di aborto in Affile si manifestarono nel mese di gennaio tra le capre appartenenti a M. G.; nel mese di febbraio furono numerosissimi sicchè la quasi totalità del gregge fu colpito (38 su 40).

Gli animali abortivano quasi improvvisamente, in pieno benessere, e anche dopo l'emissione del feto non davano alcun segno di sofferenza. *Non si è verificato mai alcun caso di morte tra essi.*

A breve distanza di tempo altri animali, appartenenti ad altri greggi hanno abortito con le stesse caratteristiche, se pur possiamo chiamarle tali, di cui abbiamo fatto or ora cenno.

Il 19 marzo si ha in paese il primo caso umano di melitococcia. Resta colpito il proprietario M. G. del primo gregge incriminato, e a distanza di 10 giorni anche la moglie. L'infezione decorre in ambedue rapidamente ed in maniera gravissima. Nella donna si ha febbre elevata, epistassi, vomito, metrorragia, diarrea, anuria completa per 10 giorni consecutivi e morte al 20° giorno; nell'uomo febbre elevata e complicazioni renali che lo portano a morte dopo due mesi e mezzo. Contemporaneamente un'altra donna è colpita dall'infezione. Anche in essa il processo morboso decorre in modo acutissimo; si ha febbre alta e compaiono petecchie diffuse per il corpo, accompagnate da emorragie insistenti. Anche in questa inferma la morte avviene dopo due mesi.

L'infezione si è rapidamente diffusa tra gli abitanti del paese, tanto che dal marzo a tutto il

mese di giugno sono stati accertati in Affile 40 casi sicuri di melitococcia di cui 20 uomini, 16 donne e 4 bambini. A questi ne dobbiamo certamente aggiungere altri che per il loro decorso, per la loro lieve entità sono sfuggiti al controllo del sanitario. L'andamento dell'epidemia non ha però più avuto quella eccezionale violenza che si era verificata nelle prime tre persone colpite, tanto che nessun altro decesso per melitococcia è stato segnalato.

Sebbene non si possa assiomaticamente asserire che in altro tempo in Affile non vi sia stato qualche caso di febbre maltese, anche per il fatto che è soltanto dal 15 ottobre 1923 che è obbligatoria la denuncia di questa malattia, pur tuttavia ci risulta che gli abitanti del luogo non ricordano in questi ultimi tempi una infezione simile; ed anche il medico attesta di non avere in questi tre anni e mezzo che risiede sul luogo accertati mai casi di melitococcia. Afferma che dato questo stato di cose, allorchè quest'anno esplose l'epidemia, provò una certa difficoltà nel diagnosticare i primi casi, tanto più che l'andamento clinico del processo morboso presentò in primo tempo alcune caratteristiche non del tutto corrispondenti al quadro della malattia comunemente noto.

Il processo morboso, fatta eccezione dei primi tre casi, ha avuto presso a poco un andamento uniforme. I pazienti hanno accusato una molesta cefalea, nevralgie intercostali, mialgie specialmente agli arti inferiori, ed un senso di grande spossatezza; qualcuno era anche molestato da tosse stizzosa. La febbre ha presentato carattere continuo con remittenze lievi al mattino e con un massimo di circa 39°. E' stata accusata dai pazienti e riscontrata dal medico, una sudorazione abbondantissima specialmente durante la notte e nelle prime ore del mattino seguita da profonda astenia. In alcuni di essi si sono avute complicazioni renali, in altri faringiti, tonsilliti e stomatiti. All'esame obbiettivo si è notato in tutti una milza leggermente aumentata di volume e dolente alla palpazione; nulla a carico del fegato.

Essendosi il processo morboso per le ragioni suddette, e principalmente per il decorso *continuo-remittente* piuttosto che ondulante della febbre, diagnosticato con un certo ritardo, è soltanto dopo circa due mesi e mezzo che si è potuta iniziare la cura specifica con eterovaccino polivalente preparato dal prof. Levi della Vida e già da lui usato con successo fin dal 1914. Il vaccino ha dato ottimo risultato. Già fin dalla quarta iniezione la febbre, che si manteneva alta con punte a 38°-39°, si è rapidamente abbassata per cedere alla sesta iniezione. Anche i dolori agli arti e la cefalea sono scomparsi.

I convalescenti però, data la grande stanchezza che aumentava per la più piccola fatica ed era accompagnata da sudorazione, non erano in grado di attendere nel modo più assoluto al lavoro rude e faticoso dei campi. Allorchè abbiamo visitato nuovamente il 21 luglio u. s. questi pazienti, abbiamo effettivamente avuto l'impressione di persone emaciate con colorito molto pallido, in alcuni terreo, quasi si trattasse di malarici. Fino a quel periodo non era stata segnalata alcuna ricaduta; erano solo rimasti alcuni casi, una diecina circa, sotto cura.

* * *

Per le ricerche di laboratorio abbiamo prelevato a un certo numero di pazienti, in diversi stati della malattia del sangue per saggiarne il potere agglutinante rispetto a ceppi di M. melitensis e di B. abortus (Bang) e cercare, se era possibile, di isolare l'agente etiologico. Abbiamo ugualmente prelevato a capre appartenenti ai greggi infetti, alcuni campioni di latte per eseguire su di essi la reazione di Zammit e la siero-latto-reazione.

I sieri di sangue hanno agglutinato il M. melitensis e il B. abortus, presso a poco alla stessa diluizione, che non ha mai superato il titolo di 1:1200. *Inattivando il siero a 65° per mezz'ora, secondo il metodo proposto da Alessandrini e Ficai si è avuta distruzione totale delle agglutinine.*

Per quel che riguarda la lattoreazione essa è stata fortemente positiva fino al titolo di 1:100, mentre la reazione eseguita sul siero, ottenuto coagulando il latte con caglio animale, è risultata egualmente evidente, però a un titolo molto più basso (1:40), e in un caso in cui si aveva latto-reazione positiva fino a 1:100, la siero-lattoreazione è stata nulla. Dobbiamo inoltre notare che alcuni campioni di latte, nell'uno e nell'altro modo saggiati, non hanno dato la benchè minima traccia di agglutinazione, per quanto fossero stati prelevati a capre che appartenevano sicuramente ai branchi infetti.

Da una paziente G. Lavinia che aveva fatto uso di latte crudo di capra, e che da oltre due mesi era affetta da febbre continuo-remittente accompagnata da dolori diffusi e tosse stizzosa, e il cui siero di sangue aveva agglutinato sino al titolo di 1:1200 il melitococco, isolammo dal sangue un germe, che con successive ricerche potemmo identificare per il M. melitensis.

La tecnica usata è stata la seguente. Il sangue prelevato dalla vena del braccio nella quantità di 5 cmc., è stato raccolto entro una fiala contenente

2 cmc. di citrato di sodio all'1 1/2 %, che venne chiusa subito dopo alla lampada.

Metà del sangue fu seminato in un matraccio contenente 100 cmc. di brodo ordinario, e l'altra metà in un provettone contenente brodo al fegato per anaerobi. Dopo sei giorni di permanenza in termostato a 37°, si è notato, tanto nell'una semina che nell'altra un leggero, uniforme intorbidamento. Da un prelevamento eseguito si sono allestiti dei preparati che abbiamo colorato col metodo di Gram. L'osservazione microscopica ha messo in evidenza dei piccolissimi, minutissimi microrganismi Gram negativi, ora isolati, ora accoppiati, raramente riuniti in cortissime catenelle di tre-quattro elementi. *In questo primo isolamento la forma del microrganismo era di piccolissime sferule con uno dei diametri di poco prevalente sull'altro.* Nei preparati a goccia pendente il microrganismo si è presentato immobile. Più che sui caratteri biochimici che non hanno alcuna particolare caratteristica non fermentando il micrococco melitense alcuno zucchero, la identificazione di questo stipite è stata basata sulla prova dell'agglutinazione. Il germe saggiato tanto su siero antimelitense quanto su siero antibang, preparati vaccinando dei conigli, ha dato agglutinazione evidentissima fino al titolo di 1:2000; saggiato sul siero della paziente l'agglutinazione è stata ugualmente netta però a titolo più basso (1:400), fatto questo che non deve recar meraviglia perchè talvolta, come è ben noto, ceppi isolati di fresco possono essere ipoagglutinabili rispetto al siero di sangue del malato da cui provengono.

*
* *

Veniamo ora a discutere i vari fattori che hanno determinata l'epidemia di Affile.

La capra è stata la causa prima della infezione e non deve stupirci se questo accertamento si è potuto fare solamente dopo che si erano verificati numerosi casi di melitococcia nell'uomo, quando si pensi che nella capra lo stato infettivo prodotto dal melitococco evolve in modo silenzioso, senza alcuna manifestazione morbosa. Questa difficoltà di mettere in evidenza l'infezione nella capra ci spiega come nella storia della febbre di Malta senza l'esistenza della melitococcia nell'uomo, l'infezione della capra molto probabilmente non sarebbe mai stata supposta. Difatti l'agente etiologico fu scoperto dal Bruce nel 1887 isolandolo dalla milza di pazienti morti di febbre maltese; Wright nel 1897 dimostrò che il siero di sangue degli individui affetti da melitococcia agglutinava il microbio e fu solo 18 anni più tardi, nel 1905, che Zammit scoperse casualmente la presenza del melitococco nelle capre dell'isola di Malta e mise in chiara luce il contagio di questo animale all'uomo per mezzo del latte.

Un dato sul quale riteniamo opportuno insistere è che la febbre maltese nell'uomo e l'infezione da melitococco nella capra non si rassomigliano affatto. La melitococcia caprina dal punto di vista veterinario puro non ha per così dire che un interesse del tutto secondario, in quanto non esiste una febbre mediterranea animale. Infatti mentre l'uomo presenta una vera malattia febbrile, reagisce alla *melitina*, può essere vaccinato sia preventivamente che curativamente con successo, guarisce clinicamente e la guarigione batteriologica se non è assoluta è per certo molto probabile; la capra infetta sia naturalmente che per via sperimentale non presenta malattia, irregolarissime sono in essa le manifestazioni della infezione, dubbia la vaccinazione preventiva e curativa.

Insomma la capra deve essere piuttosto considerata come una portatrice di virus, e diremmo quasi una portatrice capricciosa, in quanto, pur albergando il melitococco indefinitamente, lo emette nell'ambiente esterno soltanto irregolarmente, in special modo al momento del parto o dell'aborto.

Nella epidemia di Affile un fatto di notevole importanza fu appunto il verificarsi di numerosissimi casi di aborto nelle capre. È questo un episodio dell'infezione non raro a riscontrarsi. In Francia infatti è stato menzionato in moltissime epidemie di febbre mediterraea. Così l'epidemia di Saint-Martial (Gard) nel febbraio 1909, che fu una delle prime notate in Francia, era stata preceduta da aborto in 63 capre su 164, fatto questo che si è verificato anche nell'epidemia di Franquevaux e in quella di Saint-Affrique, descritte da Darbois e Vergnes, in cui su 500 pecore si erano verificati 80 aborti. Lo stesso fenomeno si è avuto a Brue-Auriac nel 1911; a Ersa, Rogliano e Centuri in Corsica e nella regione di Lussan (Gard), tra il 1920 e il 1924, nella epidemia descritta da Jean e P. Sedallian. È, in alcuni casi, tale il rapporto che passa tra febbre ondulante nell'uomo e aborto nelle capre e nelle pecore che in uno studio accurato, eseguito da Aublant, Dubois, Lafenêtre e Lisbonne, la carta geografica della distribuzione della febbre di Malta sviluppatasi dal 1920 al 1925 in 14 dipartimenti appartenenti alla regione della Linguadoca e della Provenza, può essere del tutto sovrapposta a quella della distribuzione della epizoozia di aborto nelle capre e nelle pecore sviluppatasi nelle stesse regioni.

Ammesso nella capra diremmo quasi il fulcro dell'epidemia di Affile, è importante ricercare

quali siano state le cause che hanno determinato il contagio da quest'animale all'uomo.

Dalle nostre accurate ricerche, eseguite sul posto, risulta che la maggior parte degli individui malati si sono infettati per aver bevuto del latte crudo o fatto uso di latticini di capra. È questa infatti la causa che viene comunemente ammessa e che per molti anni rappresentò il fattore epidemiologico unico, dopo che Zammit lo mise in evidenza a Malta.

Che effettivamente ciò avvenga non deve recar meraviglia quando si pensi che l'animale infetto *può emettere* un gran numero di melitococchi per questa via, e diciamo può emettere giacchè, come è stato accennato, la eliminazione del microrganismo per questa via non è continua, ma irregolarissima; tanto che l'Eyre eseguendo delle ricerche quotidiane in latte di capre, trovò all'esame batteriologico in un campione di latte 30,000 melitococchi per cmc. laddove il latte prelevato il giorno avanti era risultato perfettamente sterile, e, infettando una capra nel 1904 l'Eyre vide iniziarsi la eliminazione del micrococco per la mammella soltanto due anni dopo, in seguito a un parto.

Abbiamo inoltre anche delle conferme sperimentali di questa via di contagio. Horrocks e Kennedy nel 1905 determinarono la febbre di Malta nelle scimmie, facendo loro bere del latte di capre infette naturalmente, e l'anno dopo Eyre, Mac Naught, Kennedy e Zammit, mentre osservarono l'infezione in scimmie alimentate con latte crudo, non riuscirono ad infettare delle scimmie con l'ingestione di latte bollito.

Senza del resto esporre i numerosi casi riportati dai vari autori nei riguardi della propagazione per mezzo del latte, citeremo soltanto il classico esempio, descritto da Clayton, della epidemia di febbre di Malta sviluppatasi a bordo della nave americana « Joshua-Nicholson ». Di dodici uomini, che erano sempre rimasti a contatto con delle capre infette imbarcate, otto ammalarono di melitococcia, e, dall'inchiesta fatta, risultò che questi otto uomini facevano uso di latte di capra crudo, mentre degli altri quattro rimasti indenni, due non ne bevevano, e gli altri due lo bevevano soltanto bollito. Messa la nave in quarantena si ammalò di febbre di Malta anche la donna che era addetta al reparto di isolamento, e che bevve latte crudo di queste capre.

Tornando a discutere sull'epidemia descritta dobbiamo accennare come in Affile notammo però anche degli individui infettati, i quali ripetutamente interrogati negarono di aver fatto uso di latte crudo e di latticini di capra. A quale via di contagio si doveva in questi casi riportare l'infezione? Molto problematico era il pensare ad una via idrica, come è avvenuto per l'epidemia di Brue-Auriac, in quanto che l'acqua, se è pur vero che può veicolare secondo Horrocks il M. melitensis per un periodo da sei giorni a tre settimane, rappresenta certamente un mezzo di contagio tutt'altro che comune. Non si poteva pensare alla trasmissione da parte di insetti pungenti dato che l'epidemia di Affile è scoppiata nella primavera, epoca in cui gli insetti sono straordinariamente rari: di più la maggior parte degli autori non si pronuncia o è decisamente ostile all'idea della trasmissione del melitococco per mezzo delle zanzare, le sole sino ad oggi incriminate. Due casi di trasmissione stabiliti sperimentalmente nelle scimmie da Zammit (*Acartomya Zammiti*) e da Horrocks (*Culex pipiens*) non sono sufficienti per delucidare la questione che per ora resta del tutto insoluta.

Potremmo anche eliminare l'ipotesi che si sia trattato di un contagio interumano, via questa che per quanto indiscutibilmente constatata da alcuni, come da Jorge in Portogallo e da Neri, Galini. Santoliquido in Italia, è considerata come eccezionale e a noi d'altra parte mancano dati per poterla ammettere senz'altro nell'epidemia di Affile.

Non rimane che discutere un ultima via di propagazione, quella dell'ambiente esterno. Il melitococco infatti è emesso dalle capre oltre che con il latte, anche con le urine, dove può essere conservato sino a sette settimane (Shaw), e, imbrattando l'ambiente esterno, può resistere a lungo alle cause naturali di distruzione.

Infatti, mentre se direttamente esposto alla luce solare perisce in qualche ora (Horrocks), il melitococco rimane vivente per una settimana alla luce diffusa, e sopravvive più di 15 giorni nella oscurità, più di 20 giorni nel terreno ordinario e 69 giorni nel terreno secco.

Dato che in Affile le stalle sono situate subito fuori del paese, ma in diretta connessione con le abitazioni, era facile ammettere che, anche in quei casi in cui non vi era stata ingestione di latte di capra o di latticini, l'infezione poteva essere dovuta alla penetrazione del germe o attraverso lesioni minutissime della pelle, o attraverso la via digerente col trasporto di materiale infetto dalle mani alla bocca, o attraverso la via respiratoria con la polvere delle stalle. A conferma della possibilità delle prime due vie di contagio, or ora menzionate, citeremo il caso verificatosi in Affile in tre individui appartenenti alla stessa famiglia (marito, moglie, suocera) i quali non avevano nel modo più assoluto fatto uso nè di latte nè di latticini e non erano proprietari di capre o di pecore. Essi avevano però ospitato per tre o quattro notti, in una loro stalletta, situata fuori dell'abitato, le capre del pastore M. G., venuto a

morte, e il cui gregge, come si è detto, era stato colpito quasi totalmente da aborto. Orbene dopo la partenza degli animali queste tre persone avevano accudito alla ripulitura della stalla, raccogliendo con le mani il letame imbrattato dalle capre medesime. A distanza di qualche giorno si ammalarono di melitococcia prima l'uomo e in secondo tempo la moglie e la suocera.

Per quello che riguarda la veicolazione aerea del virus, pur non essendo capitati sotto la nostra diretta osservazione casi in Affile che potessero essere veramente ascritti a questa via di contagio, non possiamo d'altra parte senz'altro escluderla. Numerose sono ormai le osservazioni di vari autori che confermano questa via di trasmissione e a questo proposito ci sembra non privo di interesse citare il caso osservato da Levi della Vida di un'epidemia di febbre maltese sviluppatasi a Grotte S. Stefano (Roma) nella primavera del 1913, in cui su 20 persone che intervennero ad una festa da ballo, tenuta nella casa della proprietaria di un gregge infetto, 13 si ammalarono poco dopo di melitococcia.

Dopo quanto siamo venuti esponendo, *due ci sembrano essere state le principali sorgenti di contagio nell'uomo nell'epidemia di Affile: in primo luogo il latte crudo e i suoi derivati; in secondo luogo il contatto diretto dell'uomo con i greggi infetti e con i materiali contaminati dalle loro escrezioni.*

*
* *

Il decorso clinico dell'epidemia da noi studiata presenta dei punti degni di essere messi in rilievo. In primo luogo la straordinaria gravità dei primi casi, seguiti da morte dei pazienti, esito questo piuttosto raro nella melitococcia. In secondo luogo il decorso della febbre. Mai nei nostri infermi si è notato un vero tipo ondulante, nel senso di periodi febbrili interrotti da apiressie; *la febbre ha avuto in tutti i casi un decorso continuo-remittente.* Se si volesse quindi mantenere la denominazione di *ondulante* si dovrebbe intenderla in un senso più lato: accanto ad un tipo con ondulazioni periodiche, si dovrebbe porre un altro tipo con ondulazioni quotidiane, nel quale si potrebbero far rientrare i nostri casi. Anche nella recente epidemia di Cervia in Romagna descritta da Magnani e Morandi in nessun caso si è notato il tipo a larghe ondulazioni settimanali e anche in quelli a decorso più mite i periodi di apiressia furono sempre di poche ore e in alcuni casi studiati da Sangiorgi nei pressi di Racconigi la febbre ricordava indistintamente in tutti i casi il tipo di febbre continua, che subiva lievi remittenze mattutine, accompagnate da sudori ed esacerbazioni pomeridiane. Del resto dalla maggior parte degli autori non viene messa una regola nella febbre, tanto che lo Schoul con felice denominazione chiamò la febbre melitococcica « *fièvre folle* » e il Giuffré, prendendo l'espressione da Capozzi, disse che « *per essa la regola è di non aver regola* ».

Un altro fatto degno di esser messo in evidenza è quello della comparsa di emorragie in due nostre pazienti, accompagnate, in una di esse, da un vero esantema petecchiale. Emorragie nella melitococcia furono osservate da Grocco, Hayat, Sicard e Lucas; da Neri, Antico e Spigai nell'epidemia di Stiava; da Gazeneuveri, Ranzier, Pasero. Casi accompagnati da porpora talvolta recidivante o, più raramente, da un vero e proprio esantema petecchiale furono messi in rilievo da Manquat e Pegurier, da Carrieu e Anglada e da Izar. Ma se si eccettuano talune epidemie di melitococcia come quella di Saint-Martial, in cui le emorragie furono particolarmente frequenti, si deve affermare che in generale nella febbre mediterranea questo fenomeno è piuttosto raro.

Per quel che si riferisce alla cura non abbiamo che a confermare ancora una volta l'opinione della maggior parte degli autori nei riguardi dell'uso del vaccino specifico; giacchè, mentre il medico curante non notò alcun vantaggio nei pazienti con la proteinoterapia e le cure aspecifiche, ottenne invece ottimi risultati, come sopra è stato detto, dall'uso dell'eterovaccino polivalente antimelitococcico.

*
* *

Nei riguardi delle capre poco si è potuto fare. Le disposizioni emanate, per quanto in ritardo, per impedire che questi animali si soffermassero o attraversassero il paese, la denuncia di quelli che avevano abortito, l'obbligo della disinfezione delle stalle infette, l'uso del latte bollito trovarono grande ostacolo da parte dei pastori i quali in parte non credevano al pericolo vedendo i loro greggi in buona salute e in parte non volevano crederci per non venire menomati nei loro interessi.

Accennando alla profilassi veterinaria diremo come essa va intesa sotto due punti di vista: uno ha di mira le capre in quanto gli aborti che in esse provoca il melitococco arrecano una perdita talvolta ingentissima di nuovi nati e quindi un danno economico non indifferente; un altro, come ammette il Cesari « *ne se pose que dans la mesure où celle-ci peut concourir à la prophylaxie de la fièvre méditerranéenne humaine* ». Sta di fatto che nell'un modo o nell'altro la profilassi veterinaria è di difficile applicazione.

Nei riguardi della capra verso l'uomo, in pas-

sato, quando si pensava che unica via di diffusione fosse il latte, si ritenne relativamente facile, confortati dai primi risultati assai incoraggianti, di impedire la propagazione della melitococcia proibendo la vendita del latte infetto. E veramente a Malta dopo che le Autorità navali posero un veto rigoroso sull'uso del latte crudo di capra e rimpiazzarono la distribuzione del latte proveniente dalle capre indigene con del latte condensato, le truppe si trovarono quasi totalmente sbarazzate da una infezione alla quale pagavano un tributo annuo di quasi 80,000 giornate di ospedale.

Ma è ormai accertato che anche all'infuori del latte esistono molte altre vie di propagazione della malattia sì da stabilire tra animale e uomo diremmo quasi un ciclo chiuso.

Infatti mentre la capra infetta l'uomo, l'infezione nella capra può avere a sua volta origine umana e ciò può avvenire principalmente per due vie: colla minzione e colla mungitura.

È ben risaputa la cattiva usanza diffusa nelle campagne di urinare nelle stalle. Orbene le persone affette o convalescenti da melitococcia possono costituire una fonte di contagio per gli animali, poichè nell'uomo il rene è l'emuntorio abituale del melitococco; e quando si pensi che sono stati segnalati dei casi nei quali dei pazienti possedevano ancora il melitococco nelle urine dopo 8 mesi dalla malattia, e che Shaw alla Valletta ha riscontrato il micrococco di Bruce nelle urine di nove scaricatori del porto, apparentemente sani, su 525 soggetti esaminati da questo punto di vista, ne risulta che nella profilassi della febbre di Malta non può sfuggire ad alcuno tutta l'importanza di questo fattore di contagio.

Per quel che riguarda la mungitura accenneremo soltanto che essa costituisce un modo frequente di contaminazione per le capre e le pecore lattifere, in quanto i mungitori debbono esser considerati gli agenti trasmettitori del melitococco, trasportando, colle loro mani imbrattate di latte inquinato, i microbi direttamente dalle mammelle delle femmine infette a quelle delle femmine indenni.

Tornando a dire della profilassi veterinaria e delle misure più o meno coercitive che possono esser prese, non possiamo certo pensare a un mezzo estremo per debellare o per lo meno impedire la trasmissione della malattia, all'abbattimento cioè degli animali portatori di melitococco. A parte l'ingente spesa che apporterebbe la sua applicazione pratica, noi, data la resistenza del micrococco di Bruce nell'ambiente esterno, non potremmo garantire l'immunità dei nuovi greggi importati, e d'altra parte, per la sua applicazione, non avremmo in mano alcun mezzo sicuro per discernere le capre sane dalle malate.

Il laboratorio purtroppo non può venirci in aiuto in quanto la ricerca del microbio nel sangue, nel latte e nelle urine non sempre dà esito positivo; anche l'agglutinazione, che è forse il mezzo meno infido, non sempre risponde allo scopo. Si sa infatti che il melitococco è stato isolato dal latte di capre il cui siero agglutinava a tassi minimi (1:20) il microbo specifico (Sergent, Gillot, Lemaire); che Boycoll e Damant hanno trovato a Londra su 22 capre esenti da melitococco 3 capre il cui siero agglutinava 1:20 e due altre il cui siero agglutinava 1:200; che Burnet infine esaminando a Tunisi 450 capre, ne trovò 25 che reagirono positivamente alla seconda prova mentre non avevano reagito alla prima, e 20 che avevano fornito una reazione positiva dettero in secondo tempo una reazione negativa.

Si potrebbe credere che l'intradermo-reazione alla *melitina*, scoperta e introdotta nella pratica da Burnet, così semplice e così sicura per la diagnosi della febbre di Malta nell'uomo, potrebbe esser applicata con successo anche alla capra. Ma numerose osservazioni hanno già dimostrato che non è così. Vi sono delle capre infette che danno la intradermo-reazione positiva e ve ne sono di quelle che non la danno. Che le capre reagiscano alla intradermo-reazione non v'ha dubbio, ma reagiscono in modo irregolare: dal punto di vista veterinario questa reazione è dunque inapplicabile.

Le capre infette che reagiscono alla *melitina* sono delle portatrici non soltanto di microbi, ma anche di lesioni così minime che pur dando uno stato immunitario non possono essere svelate ad una accurata indagine anatomo-patologica?

Allo stato attuale delle nostre conoscenze, come anche di recente ha dimostrato il Burnet in un magistrale lavoro sulla infezione sperimentale da melitococco nelle capre, nulla possiamo dire di preciso e moltissimi sono i punti oscuri che debbono essere chiariti al riguardo.

Senza alcun dubbio l'immunizzazione degli animali recettivi rappresenterebbe, se fosse realizzabile, il mezzo profilattico ideale. Ma la maggior parte dei tentativi fatti sino ad ora per vaccinare le capre disgraziatamente non ha dato che risultati molto incerti (Zammit, Eyre, Ch. Nicolle), per quanto Vincent e Collignon affermino di avere ottenuti dei successi.

« *La chèvre* — dice Ch. Nicolle — *paraît à la fois à peu près indifférent à l'infection et réfractaire à l'immunisation* ».

Un indice capace di far supporre l'infezione da melitococco nelle capre potrebbe ricercarsi nel ripetersi degli aborti in un gregge. Come già abbiamo detto, molte volte delle epidemie di febbre di Malta, ed anche quella svoltasi in Affile, sono

state precedute da aborti più o meno numerosi nei greggi. Ma se l'aborto costituisce un segno prodromico dell'infezione melitococcica bisogna anche tenere ben presente che esso non è affatto costante e che questo accidente non è stato quasi mai segnalato nè a Malta, nè in Algeria, nè in Tunisia, proprio in quelle regioni dove le capre sono infette in grandissima maggioranza. Forse si può pensare che l'aborto da melitococco non si produce che nelle capre infette da poco tempo, che vivono in località ancora vergini dove la melitococcia fa per la prima volta la sua comparsa, sensibilissime quindi al micrococco di Bruce; mentre non si riscontra o assai di rado in quelle che vivono nei paesi di origine della febbre di Malta, a causa della resistenza che un po' per volta hanno acquistata di fronte al microbio, sicchè sono divenute dei semplici serbatoi o vettori di virus.

Dopo quanto siamo venuti esponendo risulta purtroppo che ci troviamo inermi per frenare un processo morboso che va sempre più diffondendosi e che impiantatosi in una regione ha tutte le probabilità di perpetuarsi a causa delle molteplici vie di contagio; per la facile disseminazione dei germi nell'ambiente esterno; per la loro persistente vitalità al di fuori dell'organismo e soprattutto per la estrema suscettibilità con cui i greggi contraggono l'infezione senza dar segni di malattia, per cui impossibile o quasi riesce distinguer l'animale infetto da melitococco da quello sano.

Insomma allo stato attuale delle nostre conoscenze in mancanza di provvedimenti più radicali e più sicuri atti a combattere una infezione che arreca danni economici assai rilevanti in quanto fiacca le energie di un numero non indifferente di lavoratori, immobilizzandoli per settimane e mesi, talvolta per anni, si adottino almeno alcune di quelle misure profilattiche che sono ormai un acquisito per altre malattie infettive e ne sia severamente sorvegliata la loro esecuzione con istruzioni precise al corpo sanitario e con la educazione e la volgarizzazione in proposito fra le popolazioni del contado.

Agosto 1926.

N. B. — Tanto per le ricerche epidemiologiche e cliniche compiute sul luogo, come per quelle di laboratorio, gli autori hanno contribuito in egual misura, controllando a vicenda il proprio operato.

BIBLIOGRAFIA.

FICAI e ALESSANDRINI. *La setticemia da « Bacillus Abortus » (Bang) nell'uomo.* Annali d'Igiene, anno XXXV, n. 1, 1925, pag. 1.

AUBERT, CANTALOUBE, THIBAULT. *Une épidémie de fièvre de Malte dans le département du Gard.* Annales de l'Institut Pasteur, XXIV, 1910, n. 5, pag. 376.

JEAN et P. SEDALLIAN. *Notes étiologiques relevées à propos d'une endémie de fièvre de Malte observée dans une région du Gard.* Compt. Rend. de la Soc. de Biol., Vol. XC, 1924, pag. 1435.

AUBLANT, DUBOIS, LAFENÊTRE et LISBONNE. *La fièvre ondulante en France. Distribution géographique. Épidemiologie. Prophylaxie.* Revue d'Hygiène, tome XLVII, n. 12, 1925, pag. 1090.

HORROCKS and KENNEDY. *Goats as a means of propagation of mediterranean fever.* Reports of the Royal Society for investigation of Mediterranean fever. Part. IV, 1906, pag. 37.

EYRE, MAC NAUGHT, KENNEDY and ZAMMIT. *Report upon the bacteriological and experimental investigations during the summer of 1906.* Ibidem. Part. VI, 1907, pag. 3.

HORROCKS. *On the duration of life of the Micrococcus melitensis outside the human body.* Ibidem, Part. I, 1905, pag. 5.

ID. *Further studies on the saprophytic existence of the Micrococcus melitensis.* Ibidem. Part. I, 1905, pag. 14.

ID. *On the duration of life of the Micrococcus melitensis in unsterilised soil.* Ibid. Part. IV, 1906, pag. 27.

BASSET SMITH. *On the saprophytic life of the Micrococcus melitensis.* Ibid., Part. II, 1905, 63.

SHAW. *On the vitality of Micrococcus melitensis outside the body in different environments.* Ibid., Part. III, 1905, pag. 43.

GILMOUR. *Further notes on the isolation of the Micrococcus melitensis from peripheral blood; and experiments on the duration of life of this microbe in earth and water.* Ibid., Part. IV, 1906, pag. 3.

KENNEDY. *Further mosquito experiments.* Ibid., Part. IV, 1906, pag. 185.

JORGE. *Rapport sur la fièvre ondulante.* Bulletin de l'Office Internat. d'Hygiène publique, tome VII, 1915, pag. 255.

SANTOLIQUIDO. *Note de l'Administration Sanitaire Italienne sur la fièvre ondulante.* Ibid., 1915, pag. 493.

NERI, ANTICO e SPIGAI. *Studio epidemiologico sopra una ricorrenza di febbre mediterranea a Stiava in provincia di Lucca.* Annali delle Università Toscane, vol. XXIX, 1910, pag. 75.

LEVI DELLA VIDA. *Alcune osservazioni sopra una epidemia di febbre mediterranea in un Comune della Provincia di Roma.* Malaria e Malattie dei Paesi Caldi, anno V, fasc. II, 1914, pag. 105.

MAGNANI e MORANDI. *La febbre di Malta in Romagna.* Il Policlinico, Sez. prat., anno XXXI, 1924, pag. 182.

SANGIORGI. *Melitococcia in Piemonte.* Pathologica, vol. V, 1913, pag. 552.

RAUZIER. *Fièvre de Malte à forme d'anémie pernicieuse.* La Presse Méd., 1911, pag. 161.

CESARI. *La prophylaxie vétérinaire de la fièvre méditerranéenne.* Bull. Soc. Cent. de Méd. Vét., tom. XCIX, n. 16, 1923, pag. 327.

BURNET. *Observations sur de chèvres infectées de M. melitensis. (Infection expérimentale).* Archives de l'Institute Pasteur de Tunis, tome XV, 1926, pag. 132.

VINCENT. *Sur la prophylaxie de la fièvre ondulante.* Bull. de l'Académie de Médecine, tom. LXXXVII, 1922, pag. 672.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CIVICO OSPEDALE HIRSCH DI SALONICCO

L'ematuria nell'appendicite.

Prof. dott. ENRICO SCIAKY, chirurgo primario
docente di chirurgia nella R. Università di Roma.

È una complicazione questa, relativamente rara dell'appendicite, visto che pochissimi sono i casi fin qui annoverati, non più di 37 in tutto; ed è pertanto una delle forme di complicanze appendicolari che hanno maggiormente interessato gli studiosi.

Stando ad una statistica operatoria di appendiciti, su 8600 operazioni Kümmel ne riferisce 3 casi; mentre Stutzin ne cita altrettanti su 200 casi solamente, ed Alessandri su ben 1098 casi di appendiciti operate nel suo servizio chirurgico al Policlinico dal 1904 al 1924, avrebbe riscontrato solo due casi di ematuria, scomparsa dopo l'appendicectomia. La media fra i tre autori si aggira intorno ad 1.20 ‰.

Senza prendere in esame in questo studio, tutti gli errori possibili di diagnosi, in cui sieno stati interpretati per appendicite acuta o cronica, casi di colica da nefro od ureterolitiasi destra, pielonefriti, emoglobinurie di varia natura, ecc.; oppure sieno passati inosservati, accanto ad un'appendicite preesistente, casi di nefro ed ureterolitiasi, ecc., concomitanti; mi affretterò ad accennare solo di sfuggita, la concomitanza frequente dell'appendicite cronica col rene mobile destro, altra causa possibile di ematuria, che ha fatto a molti chirurgi impressione, al punto da consigliarli di ricercare il segno di dolenzia appendicolare in ogni caso di rene mobile destro, per ricorrere all'appendicectomia a traverso la breccia operatoria lombare, durante l'intervento stesso di nefropessia.

Nè ci indugeremo a spiegarci l'essenza di questa concomitanza, se dovuta ad una compressione del rene ptosico sulla vena mesenterica superiore, d'onde stasi venosa, come vorrebbe Edebohls; o sul colon, come vorrebbe Wildbolz; o non dovuto più tosto ad una disposizione congenita sistematica, per cui, tale anomalia accompagnandosi anche con altre della sfera addominale, quali, arresti di sviluppo del cieco, ptosi viscerale generale, ecc., preparerebbe il terreno propizio allo svolgersi di una flogosi appendicolare. Certo però che, nella maggior parte dei casi di ematuria da appendicite, non si annovera la concomitanza della ptosi del rene, sì che questa anomalia non è da prendersi in serio esame quale fautore patogenetico di essa.

Nè ci interessano quei casi di ematuria o di piuria che provenissero dall'estendersi del processo flogistico appendicolare alla vescica urinaria, con eventuale perforazione in essa, di una formazione ascessuale. Ma prenderemo in esame solo quei casi in cui sia chiaro il nesso patologico fra appendice, uretere e rene.

Può l'ematuria in tali casi provenire da entrambe i reni o, paradossalmente, anche dal sinistro solamente, per un processo di flogosi nefritica, provocato dalla filtrazione a traverso i reni, di una tossemia di origine appendicolare (Woodsen e Ashburst).

Più spesso però, l'infiammazione dall'appendice si propaga all'uretere, specie quando si tratti di appendici retrocecali, provocando aderenze e, conseguentemente, flessioni e inginocchiamenti dell'uretere destro, per trazioni su di esso e, talvolta oltre ai fenomeni meccanici di stasi, si sviluppano veri focolai di ureterite con conseguente ematuria, che in tal caso sarà di origine ureterica. Tale patogenesi è possibile solo nei casi di appendicite cronica, a evoluzione lenta e, Gottlieb infatti cita 9 casi di ematuria ureterica su di una statistica di 36 casi pubblicati, in appendicitici cronici operati, senza addurre constatazioni anatomo-patologiche, visto che tutti questi malati, dell'età di 20 ai 25 anni, guarirono tutti indistintamente.

Seelig cita un reperto cistoscopico molto interessante a questo proposito, di un caso di ematuria da appendicite, in cui la cistoscopia non rivelava nulla in vescica, gli sbocchi ureterici erano entrambi normali, il sangue veniva da destra ed il catetere ureterico dopo una progressione di pochi centimetri era trattenuto nell'uretere destro in un punto in cui un ulteriore intervento operatorio per appendicectomia rivelò un nodulo comprimente e inginocchiante l'uretere.

Hammersley invece nota in una cistoscopia per analoga affezione, l'orificio ureterico destro più sviluppato del sinistro, con segni evidenti di stasi.

Dall'uretere l'infiammazione può estendersi al rene per contiguità, specie nel caso di appendiciti croniche a recidive ostinate, in cui la produzione di aderenze ben organizzate può costituire delle briglie connettivali che, circondando strettamente l'uretere e permanendo eventualmente anche dopo l'appendicectomia, possono provocare accidenti urinari conseguenti da compressione e costringere ad un intervento secondario per liberare tali aderenze, come in un caso di Riess citato da Bérard e Vignard nel loro Trattato sull'appendicite, in cui un tale reintervento eseguito 15 giorni dopo l'appendicectomia guarì l'ammalato.

Fortunatamente tali casi sono eccezionali e, di regola, segue all'appendicectomia la scomparsa progressiva delle aderenze e, con essa, la guarigione dell'infermo.

In altri casi l'ematuria d'origine renale si produce per infiammazioni del rene destro, che seguono a propagazioni flogistiche a traverso i vasi periureterici ed a quelli della parete addominale posteriore; oppure per il tramite dei vasi linfatici che ricollegano l'appendice all'uretere e questo al rene. Tale evenienza è favorita specialmente dalla posizione anomala dell'appendice. Così, ad esempio, trattandosi di forme retrocecali, intra o sottoperitoneali, in cui l'appendice viene in contatto diretto con l'uretere anche senza l'intermezzo del foglietto peritoneale parietale della fossa iliaca; l'infiammazione di essa può provocare tanto una ureterite, come si è visto dare origine ad una psoite (Couraud, Roger, Vincent), ad una flebite iliaca e perfino ad ulcerazione dell'arteria iliaca esterna (Powell, Lebon, Sourdille).

Negli arresti parziali di sviluppo nell'evoluzione del cieco, questo può rimanere in posizione alta, con un'appendice in contatto diretto col tessuto perirenale, col rene e col bacinetto stesso, d'onde ematuria e piuria possono essere l'espressione di una vera pielite conseguente ad un'appendicite (Gayet).

L'infiammazione dell'appendice può raggiungere il rene anche a traverso i vasi arterio-venosi peri-ureterici ed a quelli della parete addominale posteriore, sebbene Novè Josserand mal comprenda come esse avvengano, data la difficoltà anatomica di comunicazione fra le due circolazioni dell'uretere e dell'appendice a traverso alle vene mesenteriche, ureteriche, perirenali, renali ed al plesso pampiniforme; difficoltà circolatoria che è sorpassata facilmente nei processi flogistici, per le neoformazioni vascolari che si protendono direttamente dall'appendice all'uretere, e che noi abbiamo agio di constatare tanto spesso all'occasione di interventi chirurgici nei processi flogistici in questione, datanti da tempo.

Detto questo entrerò nell'esposizione dei due casi occorsimi:

B. Gius. di anni 18, viene all'ambulatorio del mio servizio chirurgico il 15 gennaio 1925 per ematurie che si ripetono da qualche tempo. Ha genitori viventi e sani. Narra di aver sofferto i comuni esantemi dell'infanzia, non ha mai contratto blenorragia, nega lues.

Da un anno va soggetto a dolori vaghi in tutta la metà destra dell'addome, con diffusione all'ipo condrio ed alla regione lombare destra, e talvolta esacerbazioni dolorose verso l'epigastrio, accompagnate da nausee. Non ha mai vomitato, nè ha mai avuto diffusioni dolorose al testicolo, nè pollachiuria. Da cinque mesi a questa parte ha ogni tanto ematuria, anche se sta in riposo: le urine si colorano nettamente in rosso, senza che emetta coaguli con esse e, durante tali periodi ha talvolta anche aumento dei soliti dolori. Durante i periodi dolorosi si è termometrizzato ed ha spesso notato qualche decimo più del normale.

Curato con blu di metilene e coi tonici chinacei non ne ha visto alcun giovamento, sì che ricorre a noi.

L'esame obiettivo rivela:

Individuo di costituzione scheletrica e di sviluppo normale: masse muscolari un po' ipotoniche, qualche ghiandola linfatica appena percettibile nelle regioni carotidee.

L'esame del cuore e dei polmoni non rivela nulla di patologico.

La milza ed il fegato sono normali; i reni si palpano normali nelle inspirazioni profonde.

La palpazione della metà destra dell'addome denota, in rapporto a quella sinistra, una dolenzia netta, specie nei punti di Mac Burney e di Lynz. Si nota a questo livello una tumefazione allungata, diretta dall'alto in basso e medialmente, fissa in profondità, del volume di una piccola banana che si riesce a palpare quando il paziente rilascia la parete, il che riesce difficile perchè si risveglia spesso, nel comprimere, una contrattura di difesa in tutto il quadrante addominale corrispondente. La percussione nel triangolo destro di Briant è nettamente ridotta in sonorità. Coll'esplorazione digitale del retto, si raggiunge l'estremo inferiore di detta tumefazione e si provoca vivissimo dolore.

La temperatura rettale del malato è di 37.6 C.; ed il polso batte 86 al m'. La diuresi è normale.

L'esame delle urine, di reazione acida, rivela la presenza di 0.80 0/00 di albumina e l'assenza di glucosio e di pigmenti biliari. L'urea ed i cloruri si trovano nelle proporzioni normali. L'esame microscopico del centrifugato dà abbondantissime emazie, qualche leucocita, cristalli di acido urico ed urati amorfi; non cilindri nè elementi renali. La ricerca in esse del bacillo di Koch, col metodo di Ellermann-Ellardsen riesce negativa.

L'esame radiografico dei due reni e della vescica urinaria, riesce assolutamente negativo.

La cistoscopia rivela una vescica normale per continenza e per colore; non vi è traccia alcuna di infiammazione: gli orifici ureterici sono entrambe normali; l'orificio destro appare un po' più rilevato del sinistro; il cateterismo è facile a sinistra, doloroso a destra, dove il catetere non si spinge al di là di qualche centimetro. L'urina raccolta separatamente dai due cateteri dà urine nettamente ematuriche a destra, mentre a sinistra sono perfettamente limpide e normali, e l'esame microscopico non vi rivela in esse un'emazia.

Con questo reperto si fa diagnosi di ematuria di probabile origine appendicolare e si decide l'intervento sull'appedice che eseguo il 3 febbraio 1925 in cloreteronarcosi regolare.

Previo taglio della parete alla Roux si entra nella cavità peritoneale contenente scarso essudato sieroso torbido libero: si cade su di un blocco di aderenze fitte fra cieco e tenue che si scollano prudentemente e, distaccando un groviglio legato da essudati infiammatorii, si riesce a mobilizzare parzialmente il cieco, sotto il quale si

isola e prepara l'appendice molto infiammata ed a pareti molto profondamente alterate, in gran parte sottoperitoneale, che va profondamente e medialmente nella fossa iliaca ed è circondata da membrane puriformi. Appendicectomia, peritonealizzazione e disinfezione con etere: ricostituzione della parete in 3 piani a punti staccati in catgut e seta, senza drenaggio.

I postumi operatorii si sono svolti normalmente; l'ammalato ha continuato a febbricitare quattro giorni dopo l'intervento, e la temperatura è quindi caduta per lisi rapida. La cicatrizzazione della ferita operatoria si è ottenuta per prima intenzione.

Il dolore locale e quello irradiato alla regione lombare si è rapidamente attenuato per scomparire dieci giorni dopo l'intervento. Le urine esaminate a tale epoca si presentavano assolutamente normali e l'individuo da allora a tutt'oggi, più volte riesaminato, non ha più presentato ematurie nè crisi dolorose, e si ritiene completamente guarito.

Alcallay S., di anni 19, da Salonicco, impiegato, è colto da due giorni da fieri dolori all'emiaddome destro e da irradiazioni diffuse a tutto l'addome, accompagnati da conati di vomito, un po' di singhiozzo e da alvo stittico. In tali contingenti sono chiamato a visitarlo a domicilio, dal medico curante dott. Beja.

Il paziente narra che soffre da 4 anni di ematurie continue, che si accentuano con la fatica, ma che non scompaiono neanche col riposo più assoluto. Ricorda di soffrire sempre di dolori epigastrici, con diffusione ai quadranti inferiori dell'addome, specie a destra. Non ha mai presentato una colica nefritica tipica. Ha fatto ripetutamente radiografie di tutto l'albero urinario, senza che si fosse localizzato in nessun punto il segno radiografico di un calcolo urinario. La cistoscopia dimostrò soltanto l'origine ureterica destra dell'ematuria, senza scoprire segni di specificità tubercolare nè alcunchè di anormale.

È stato sempre curato per diatesi urica ed ha fatto abbondanti cure urolitiche, obbligandosi alla dieta più severa, senza risultato di sorta. L'esame del sangue non ha mai rivelato il parassita malarico ed il malato non ha mai fatto uso di chinino. Tale l'anamnesi che raccolgo al letto dell'infermo il 4 marzo 1926.

All'esame obiettivo si nota un individuo di complessione e sviluppo scheletrico normale; un po' smagrito ed anemico, con temperatura subfebbrile 37.8 C., polso a 120; nulla di patologico al cuore ed ai polmoni.

L'addome meteorico e dolentissimo, si difende particolarmente in tutta la metà destra, e la pressione è pure particolarmente dolente nella parte più bassa della fossa lombare destra: si riescono a palpare i reni senza ritrarne un'impressione anormale: l'area epatica si rivela nei limiti percussori normali: l'esplorazione digitale del retto è dolentissima specie verso destra; la prostata è normale. La vescica urinaria non appare distesa e le urine rosso-vino sono nettamente ematuriche. Nulla di anormale ai testicoli. Non vi sono edemi in nessuna parte del corpo, nè si palpano ghiandole linfatiche.

Con tale reperto obiettivo si pone la diagnosi di appendicite acuta con segni di peritonite diffusa e si dichiara urgente l'intervento. Si esterna pertanto alla famiglia il dubbio che le ematurie sieno dovute all'appendicite e che si spera possano sparire con l'intervento chirurgico che eseguo lo stesso giorno in cloreteronarcosi regolare, senza indugiarmi in ulteriori esami, visto l'urgenza del caso.

Previo taglio della parete alla Giordano, allungato un po' più del consueto, apro il peritoneo parietale che trovo fortemente iniettato al pari di quello viscerale: vi è scarso essudato siero-purulento libero. Il cieco è fisso: non potendolo attirare, nè rinvenendo l'appendice, allargo la breccia operatoria e procedo alla mobilizzazione del cieco. Soltanto allora si rinviene un'appendice retrocecale, in gran parte a decorso sottosieroso che va profondamente e medialmente nella fossa iliaca. Si reseca l'appendice all'impianto cecale e se ne affonda il moncocino con peritonealizzazione a borsa di tabacco, procedendo quindi all'appendicectomia retrograda. L'appendice è lunga, aderente e procede in un blocco di fitte aderenze ben organizzate che circondano tutto il tratto per il quale passa l'uretere. Scollando l'appendice da tali aderenze apro un ascesso che svuoto, disinfettandone il cavo con tamponi impregnati di alcool jodato. Tamponamento del cavo con garza idrofila e sutura parziale della ferita operatoria.

I postumi operatori si sono svolti normalmente; le urine che erano sempre ematuriche da più di tre anni si rischiarano già due giorni dopo l'intervento e, ripetuti esami chimici e microscopici eseguiti da allora, non vi rivelano più traccia di sangue. Il paziente pochi giorni dopo l'intervento incomincia a sentirsi finalmente bene e, liberato delle ematurie e delle sofferenze addominali, lascia l'ospedale in perfetto stato di salute.

Mi è parsa degna di interesse l'esposizione di due casi tanto dimostrativi, di appendiciti ad andamento subacuto con intensa reazione infiammatoria circostante, inglobante un tratto di uretere al quale, per compressione e per infezione probabile da propagazione, hanno procurato uno stato patologico tale, da provocare forse anche per estensione parziale della flogosi al rene stesso, o per semplici fenomeni da stasi, un'ematuria abbastanza rilevante, che non aveva certamente altra causa nell'organismo e che è cessata radicalmente in entrambe i casi subito dopo l'intervento chirurgico di appendicectomia.

Certo che la posizione retrocecale dell'appendice favorisce la diffusione del processo infiammatorio all'uretere, con possibilità di influire anche sul rene o di estendersi al tessuto perirenale. Ho osservato spesso in questa varietà di appendiciti anche frequenti crisi di cistalgia con fenomeni disurici, facilmente spiegabili del resto, accompagnanti le crisi acute e cessanti spesso con l'intervento.

Quanto alla frequenza dell'ematuria nel decorso dell'appendicite, stimo trattarsi di un'eventualità non tanto rara, visto che su 900 casi circa di appendiciti da me operate a tutt'oggi, l'ho già riscontrata due volte in modo indiscusso e che, attirando l'attenzione dei colleghi su tale eventualità la si potrà forse anche depistare più spesso.

I due casi esposti dimostrano adunque la facilità di complicanze reno ureteriche di origine meccanico infiammatorie che può dare l'appendicite e consigliano al clinico in presenza di una ematuria della quale non trovi una causa provocatrice evidente, di pensare anche all'appendicite e, nel caso ove essa possa sembrarne la causa, di ricorrere ad un'appendicectomia, aspettandone l'esito spesso favorevole, prima di attaccarsi ad un'esplorazione eventuale del rene.

LETTERATURA.

ANSCHÜTZ. *Ematuria e nefrite nell'appendicite.* Münch. Med. Woch., anno LXIX, n. 42, ott. 1922.

ASCOLI. *Sulla questione dell'ematuria nell'appendicite.* Il Policlinico, Sez. Pratica, anno XXXII, fascicolo 11, marzo 1925.

BÉRARD et VIGNARD. *Traité de l'Appendicite*, 1914.

FRANCINI M. *L'Appendicite.* Soc. Ed. Libr. Milano 1911.

GOTTLIEB J. *Dell'ematuria nell'appendicite.* Zeitschr. für Urol. Chir. T. XV, fasc. 1 e 2, 1924.

MARION G. *Traité d'Urologie.* Masson, 1921.

PROUST. *Rapporti fra appendicite ed affezioni del rene.* Comm. à la Société de Chir., Paris, 1914.

THÉVENOT et ROCHET. *Appendiciti ed affezioni del rene destro.* Comm. à la Société Franç. d'Urologie, 18 mai 1925.

THORMEY TH. e A. *Ematuria e appendicite.* The Journ. of the Amer. Med. Ass. (Chicago), volume LXXX, n. 7, febbraio 1923, pag. 472-474.

WOODSEN e ASHBURST. *Ematuria e appendicite.* Ibid., vol. LXXIX, n. 26, dicembre 1922, pag. 2135-2138.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Su di un caso letale di lupinosi nell'uomo.

(Avvelenamento per ingestione di semi secchi di lupino).

Dott. MATTEO PETRAROIA
med. cond. in S. Arcangelo Tremonte (Avellino).

Non credo inutile riferire un caso di avvelenamento acuto nell'uomo per ingestione di semi di lupino, sia perchè i casi ricavati dalla letteratura al riguardo sono tutt'altro che frequenti, sia perchè l'avv. in parola, spesso ha inizio subdolo, per le ragioni che più innanzi esporrò, e può condurre inesorabilmente alla morte.

Bambino di 17 mesi. Sano e robustissimo fino allora. Figlio di validi contadini. Niente nell'anamnesi personale ed ereditaria.

Vien presentato nel mattino del 25 luglio.

Il bambino mi si mostra di un pallore eccessivo, colle palpebre chiuse, come intontito, completamente rilasciato negli arti, poco reagente agli stimoli. Non piange, non mostra di reagire alla voce della madre. Il polso e la respirazione sono molto frequenti. Il ventre leggermente gonfio. La temperatura sub-normale, e tale si è mantenuta sino all'esito.

Dalla mattina qualche conato di vomito. In uno di essi la madre notò una diecina di lupini. Fu logico pensare ad avvelen. acuto per lupini con prognosi riservata. Il bambino aveva ingerito semi secchi di lupino, interi, la sera precedente, trastullandosi sull'aia.

Consigliai le cure del caso (emetico per iniez. purghe, irrigaz. intest. cardiocinetici, ipertensivi, stimolanti, ecc.) ma la sintomat. andò aggravandosi. Alla completa rilasciatezza generale si aggiunse paralisi intestinale completa, poichè una irrigazione intest. di circa un litro, praticata dalla mamma, fu interamente trattenuta. Nella giornata si accentuò un poco il gonfiore del ventre, lo stato di torpore fisico e psichico arrivò al massimo, la pressione arteriosa scese notevolmente finchè tra convulsioni il bambino morì nella notte.

Sintomi più eclatanti in questo avvelenamento: torpore psichico e fisico del bambino; completa rilasciatezza muscolare, e l'impressione di una ipoestesia generale.

Il lupino è una leguminosa molto nota nelle nostre campagne e se ne conoscono ben dodici specie. Da noi è comune il *L. lutens*, i cui semi, debitamente trattati, vengono impunemente mangiati dal popolo.

Nel lupino pianta, e più, nei semi secchi, sono state ricavate e studiate, per quanto incompletamente, le seguenti sostanze:

1) La lupinina (alcaloide), 2) la lupinina (glucoside), 3) la lupinidina (alcaloide), 4) la lupanina.

Queste sostanze passano completamente nell'ac.

qua di ebollizione (decotto) e nelle acque di lavaggio, specie se acidulate. I contadini, volgarmente, sottopongono a cottura, per un dato tempo, i lupini, e poi, chiusi in un sacchetto, li depongono nel fondo di un corso d'acqua corrente per più giorni. Così trattati i lupini vengono impunemente mangiati.

Fatti di avv. letale si verificano tra gli animali e, specie in Germania, è stato molto studiato l'avv. che si produce nei montoni specialmente, ma anche nella capra, nel bue, nel cavallo, nel cane.

I casi di avv. nell'uomo non sembrano altrettanto frequenti. Il Bellini osservò nel 1875 un avv. mortale nell'uomo provocato da una decozione di l. È mancato a me il tempo e il mezzo per fare accurata ricerca bibliografica di altri casi eventualmente descritti ma pare che in Italia (Gautier) fuori delle ricerche chimiche, sui principi attivi, non esistono studi di tossicologia in proposito.

Si conoscono infatti, sia pure imparzialmente gli alcaloidi e i glucosidi del lupino, responsabili di tale avvelen. che pare dei più gravi, ma non si è riuscito a trovare l'antidoto.

La sintomatologia che Inferrera e il prof. Raimondi notarono, sperimentando su animali (cavie, conigli, cani) ha molta analogia con quella che si osserva nell'uomo e che io ho notato nel presente caso e descritto sopra.

Iniettando clorid. di lupinina (cavie, conigli) Inferrera notò: abbassam. di t. rallent. polso e resp., *diminuzione della sensibilità fino all'abolizione del dolore*. I cani sono più refrattari ma anche in essi c'è diminuzione del sensorio, rallent. del polso, ecc.

Il prof. Raimondi sperimentò, oltre il clorid. di lupinina anche il decotto: ottenne su per giù i medesimi risultati (depressione dei centri nervosi, paralisi di moto, abbass. della t.) e vide nel decotto una tossicità ben più spiccata che nella sola lupinina.

Reperti anatomici sull'uomo non pare ne esistono nella letteratura. Si sa invece (Gautier) che nei montoni la lupinosi produce atrofia del fegato il quale è senza sangue, giallo, rammollito. I reni sono infiammati, e nell'urina si trovano cilindri. Le prime vie digestive sono infiammate, con stravasi sanguigni nell'intestino, peritoneo, endocardio, mediastino. Costantemente si nota edema nel polmone, laringe, pia madre.

Nell'avv. cronico si nota atrofia del fegato (fosforo!) deg. grassa nei reni e gastro-enterite.

Concludendo credo la lupinosi uno degli avv. più gravi, meritevole di essere studiato sia nelle sue cause, sia nei suoi effetti tossici e nella sua sintomatologia clinica.

DIVAGAZIONI.

Esiste una scienza fisionomica?

Dott. G. ROLLE.

Una scienza che si proponga lo studio della fisionomia deve aspettarsi l'accusa che Mefistofele fa alla logica.

Cioè, di volere insegnare le regole di un'arte che tutti gli uomini hanno, come il mangiare ed il bere, esercitato spontaneamente dai primi anni della infanzia. Si è fisionomici sin dalla nascita. Anche il lattante fa una differenza tra due visi a lui estranei ed accoglie festosamente uno, mentre si allontana collo sguardo corrucciato da un altro.

Allorchè viaggiamo in ferrovia e capitiamo in uno scompartimento pieno di passeggeri, non appena sono rasserenati i volti infastiditi con cui gli altri viaggiatori hanno accolto la nostra entrata, noi cominciamo a studiare le fisionomie. In pari tempo ci accorgiamo che viene egualmente studiata la nostra.

Che cosa è ciò se non della fisionomica?

Si legge o si tenta di leggere nelle fisionomie le attitudini spirituali, il temperamento, il carattere.

La questione però è di sapere se il giudizio non sia spesso o quasi sempre un pregiudizio. Poichè gli errori sono molto frequenti e neppure l'individuo più acuto e navigato in questa arte diagnostica pretenderà di essere infallibile.

Un'altra cosa è altresì indiscutibile; cioè che gli errori sono frequenti. Ma la statistica su questo punto non insegna nulla e ben poco il calcolo delle probabilità.

Quand'anche fosse possibile stabilire la percentuale dei giudizi fisionomici rispondenti al vero, e questa percentuale potesse elevarsi al 75 % (come nelle moderne predizioni metereologiche) non si avrebbe in pratica una direttiva maggiore. Poichè non si potrebbe avere la sicurezza che i casi i quali maggiormente interessano, invece di appartenere al 25 % di giudizi errati, appartengano al 75 % degli esatti.

Ciò premesso, poichè è indiscusso che la fisionomica come arte pratica esiste ed è esercitata dalla maggioranza degli uomini, riesce interessante studiare se ha un valore qualunque scientifico e se è possibile darle una base teorica.

Il tentativo non può dirsi precisamente nuovo.

Già in Aristotile si trova esposto un principio fisionomico. Egli infatti accenna alla somiglianza che il viso di molti uomini ha colle fattezze di alcuni animali, e vorrebbe attribuire per tale ra-

gione agli uomini le qualità degli animali a cui i tratti del loro viso rassomigliano.

Questa però è l'infanzia della scienza fisionomica.

La vera storia della fisionomica incomincia con Lavater.

Ma anche nei quattro grossi volumi di costui inutilmente si cerca una prova scientifica che giustifichi il principio di tale arte e le conclusioni a cui giungono gli oroscopi fisionomici.

Al fanatico dilettantismo dei seguaci di Lavater, i quali si vantarono di promuovere la conoscenza degli uomini, si oppose Lichtemberg col sentimento di ribellione del naturalista di professione. La serietà della sua polemica ebbe un effetto così decisivo che dalla sconfitta l'arte fisionomica non si rialzò più.

Dopo ciò occorre concludere che è morta, e ben morta?

Si deve abbandonare la speranza di darle una costruzione scientifica, nella speranza che la base gettata abbia a servire ad altri spiriti intraprendenti per trarne conclusioni pratiche, in un avvenire sia pure lontano?

*
* *

La storia naturale, anche elementare, insegna che la esistenza di una intelligenza normale implica nell'uomo un certo volume di cervello. Quando il cranio non raggiunge la capacità necessaria a contenere un simile cervello, noi possiamo affermare sicuramente la debolezza di mente di chi la possiede.

Se confrontiamo la testa di un idiota, la quale, col suo spianamento, tradisce la insufficienza della parte anteriore del cervello, col cranio di un genio che si distingue per la sua fronte alta e convessa, nulla di più naturale che siamo tentati a valutare la intelligenza dalla cavità cranica e dal profilo della fronte.

Un secondo fatto sostiene in noi la fiducia in un risultato degli studi fisionomici.

Quando gli effetti delle passioni umane, della gioia, dell'amore, dell'ira, della paura si manifestano con segni esterni, essi sono così caratteristici, che un attore drammatico li può perfettamente riprodurre.

Dopo di ciò non sarebbe forse lecito trarre la induzione che anche le commozioni più lievi danno la loro impronta ai tratti del viso?

La patologia descrive i sintomi dai quali si può arguire la disposizione permanente ad alcune malattie, prima che si verifichi l'accesso acuto delle medesime. Allo stesso modo, si potrebbe credere che vi siano segni da cui argomentare la disposizione individuale permanente a certi affetti, a talune passioni, ancora prima di assistere allo scoppio parossistico di questi.

La architettura fu chiamata da Henle una musica solidificata. E se la scultura si potrebbe dire fisionomica solidificata, a maggior ragione potremmo chiamare la fisionomia umana una mimica solidificata, che immobilizza i tratti del viso nella posizione da essi presa quasi sempre in modo effimero.

Queste considerazioni inducono a prendere nuovamente in esame i fondamenti della fisionomica, con la speranza di poter con successo gettarne il principio di una base scientifica.

*
* *

Tutto il problema potrebbe enunciarsi esattamente così.

Per quale via i fatti psichici modificano permanentemente la forma del corpo?

Tutte le modificazioni visibili del corpo generate dalla volontà e dagli affetti si fondano sulla contrazione dei muscoli. Ne consegue che possono avere un significato fisionomico, solo quelle parti del viso che si muovono mediante muscoli.

Se un'eccezione occorre fare a questa regola è per la struttura ossea della fronte, dato che ce ne serviamo per valutare la capacità intellettuale generale.

All'incontro il naso e le orecchie hanno un valore minimo dal lato fisionomico. La base del naso e specialmente l'osso nasale formano un'armatura ossea che non può mutare forma.

La punta e le ali del naso sono sostenute da robuste piastre cartilaginee. È vero che la parte cartilaginea del naso è mobile attivamente e passivamente, ma in misura tanto limitata da dover concludere che, se il naso e le orecchie hanno una parte essenziale nella impressione estetica del volto, hanno un valore minimo per l'esame della fisionomia.

Quindi con un senso di umorismo possiamo leggere Lavater che trova nel naso di Goethe una espressione di poesia.

Senza fare un'offesa a Goethe, si può osservare a Lavater che, studiando i nasi degli scrittori, forse vi scopriva ben più di quanto il mondo intellettuale trovò nei loro scritti!

Ed anche Goethe che ringraziava in una lettera datata 6 marzo 1775 la scrittrice Augusta Stolberg, soggiungendo: « quale nuova conferma riceve la mia credenza fisionomica da questa dolcezza del naso, da questo mento risoluto... » (la scrittrice

gli aveva donato il suo ritratto) ha più poesia che scienza fisionomica. Anche l'orecchio, così poco flessibile, si presta in misura assai ridotta ad induzioni fisionomiche, ed occorre una bella fantasia per vedere — come fa Lavater — in un orecchio, per di più coperto a metà dalla parrucca, « l'uomo dalle forti risoluzioni, coraggioso, atletico, che stritola gli ignobili adulatori ».

Parimenti bisogna negare qualsiasi significato o quasi al colore degli occhi e dei capelli.

Io non so quanti fortunati possessori di occhi azzurri o di capelli biondi possano attribuirsi il predicato della mansuetudine in un coscenzioso esame di se stessi.

E dato che realmente questa qualità si mostrasse più spesso in individui dagli occhi azzurri e dal colorito chiaro, noi dovremmo considerare ciò come una di quelle massime di esperienza che nulla ha a vedere colla fisionomica, ma che trova una più probabile e vera spiegazione nella differenza delle razze — filogenesi — o nella eredità e nello sviluppo individuale — ontogenesi.

* * *

Escluse per tal modo le parti immobili del viso, occorre mostrare per quale via la influenza psichica plasmi, per così dire, le parti mobili, cui sole si può attribuire importanza fisionomica.

Ciò avviene per mezzo dei muscoli e dei nervi, nel senso che i primi si contraggono o si rilasciano, s'ipertonizzano o s'ipotonizzano, sotto gli stimoli trasmessi dai nervi.

Dopo di che è facile spiegare in qual modo avvenga che la psiche eserciti una influenza sull'atteggiamento dei tratti del viso.

In una parola, come succede che la espressione mimica diventi fisionomica: cioè come per influenza dell'anima o, se meglio si vuole, della psiche sui nervi, dei nervi sui muscoli, dei muscoli sulla pelle, si sviluppino particolarità stabili della espressione del volto, dalle quali si possono inferire particolarità stabili dell'anima.

Noi dobbiamo partire in ciò dal fatto che l'equilibrio esistente fra i diversi muscoli dell'organismo, e specialmente della testa, come quella che è più visibile e quindi interessa maggiormente, viene rotto dall'esercizio più frequente di certi muscoli a preferenza di altri. È il principio che l'uso sviluppa l'organo.

Il risultato dell'esercizio si rivela anzitutto in un aumento di volume del muscolo.

Non occorre una prova di tale verità.

Basta confrontare fra di loro le due braccia di un uomo, e si vede che il destro, il quale ha maggiore abitudine al lavoro, è più sviluppato del sinistro.

In secondo luogo l'esercizio di certi muscoli ha per conseguenza che, anche durante lo stato di quiete, essi hanno tendenza a contrarsi più energicamente.

Un esempio di espressione fisionomica, realizzantesi per questa via, ci è dato dallo sguardo.

Lo sguardo è un fenomeno assai complesso. È certo però che chi si occupa molto a guardare oggetti vicini, col tempo acquista anche al di fuori della sua occupazione uno sguardo diretto sempre ad oggetti vicini, ed in coloro su cui esso si posa, produce la impressione di uno sguardo indagatore.

In terzo luogo i muscoli più esercitati hanno la prevalente disposizione a prendere parte arbitrariamente a movimenti volontari. In sostanza reagiscono per stimoli tanto più lievi, quanto più frequentemente sono eccitati.

Chi ha frequenti occasioni di provare un senso di meraviglia, alla fine giunge al punto da sollevare le sopracciglia anche nell'ascoltare le notizie più indifferenti.

Infine non bisogna omettere che le parti passive del volto, e cioè le ossa e la pelle, subiscono delle modificazioni a causa della attività prolungata, ossia specialmente intensa e spesso ripetuta dei singoli muscoli.

La goccia, col tempo, scava il macigno.

La continuata contrazione dei muscoli genera sopra le ossa, nei punti di inserzione dei tendini, apofisi dalle quali si può riconoscere se un dato scheletro abbia appartenuto ad un individuo robusto o gracile.

Ma la pelle della faccia mostra, ancora con maggiore evidenza, le traccie della azione dei muscoli.

La nostra pelle è certo elastica.

Ma lento e sicuro si produce il rilasciamento della pelle; da cui l'increspatura e la rugosità.

Allorchè di una faccia rugosa prima del tempo si dice che essa è solcata dai dolori, si parte dalla idea che il frequente ripetersi della espressione addolorata abbia presto esaurito la elasticità della pelle.

Così le rughe verticali della fronte, generate dai muscoli che avvicinano fra loro le sopracciglia, tradiscono travagli o dolori corporali o psichici continuati.

Non si può quindi negare alla fisionomica una base fisiologica e scientifica.

Ma se si vuole che essa conquisti un giorno il posto fra le scienze sperimentali dobbiamo sin

d'ora stabilire un capitolo che esiste anche in altre scienze, e cioè il capitolo delle fonti dell'errore.

Esse sono soggettive ed oggettive.

Le soggettive risiedono nello spirito dell'osservatore, le cui conclusioni vengono offuscate dal pregiudizio o da supposizioni errate.

I poeti coll'attribuire a tutti i loro eroi forme slanciate e nasi nobili, fanno sì che difficilmente si creda nell'idealità di sentimento di persone grosse, tarchiate, dal naso rincagnato.

Ecco una fonte di errore che ha la sua origine nel pregiudizio.

Altresì la moda del vestire influenza facilmente il giudizio, per quanto abbia nel tempo stesso un particolare valore nel giudicare il carattere, in quanto essa proviene dalla libera scelta dell'individuo.

Tuttavia non bisogna dimenticare che il taglio del vestito può essere in contraddizione coll'indole di chi lo porta sia per stravaganza, sia per mancanza di gusto, sia per stupidità della moda.

Un esempio di conclusioni errate basate su presupposto falso è semplicissimo.

La bocca aperta dell'uomo che ha evidente apatia, si incontra anche presso gli individui duri di orecchie.

I medesimi solchi che troviamo nelle fisionomie degli uomini oppressi da dolori si producono sul volto di persone costrette a sopportare i rigori della temperatura, all'aria libera.

Un falso aspetto di energia si ha quando la sottigliezza delle labbra fa sembrare la bocca tenacemente chiusa.

Le sopracciglia elevate e molto arcuate danno al volto una espressione di continua meraviglia.

Un'espressione immeritata di profondo sapere si ha quando la foltezza delle sopracciglia, oppure la forte convessità delle cavità frontali adombra l'occhio, come se le sopracciglia fossero aggrottate.

*
* *

Riassumendo: La fisionomica allo stato attuale appare come una scienza di valore assai problematico.

Direi anzi che non si potrebbe onorare con questo nome, in quanto che non ne sono state ancora gettate nemmeno le basi.

Ma poichè non si può negare alla stessa un substrato scientifico e delle leggi precise che possono essere dettate dalla fisiologia, si può formulare il voto che in un avvenire, sia pure lontano, le venga dato un contenuto positivo.

SUNTI E RASSEGNE.

CIRCOLAZIONE.

L'obliterazione del pericardio.

(KIRSCHNER e MATTHES. *Deutsche med. Wochenschr.*, 6 febbraio 1926).

Dopo le pubblicazioni di Volhardt e Schmieden, il quadro della obliterazione del pericardio ha suscitato largo interesse tra internisti e chirurghi; ma il numero dei casi operati è ancora modesto (18 casi). Volhardt ha avuto il merito di scindere dal quadro della mediastino-pericardite callosa, quello della obliterazione del pericardio, pur ammettendo tra le due malattie, punti di passaggio. Egli ha dimostrato come in quella, sia la sistole quella più lesa, inquantochè il miocardio, nella sua contrazione, si trascina la parete toracica: in questa, in conseguenza della rigidità del pericardio, sia la diastole, quella maggiormente compromessa. Nell'obliterazione del pericardio manca, anche nei casi di avanzata stanchezza del cuore, l'ingrandimento del cuore verso destra ciò che costituisce un sintoma prezioso nei riguardi della diagnosi differenziale con le insufficienze di altra origine. Nello scompenso si stabilisce non solo una astenia cardiaca, una stasi venosa, un fegato da stasi, e ascite precoce, ma anche una stasi accentuata delle vene del collo, le quali presentano un doppio collasso sistolico e diastolico. La pressione venosa è fortemente aumentata. I toni cardiaci sono lievi, ma puri, il polso piccolo, ma regolare. Gli AA. hanno osservato un caso del genere in cui, oltre i sintomi dati per caratteristici, esisteva un netto ingrandimento del cuore destro. Nella diagnosi differenziale era da discutersi una stenosi mitralica, sebbene mancasse la positività del polso venoso, la pseudo cirrosi pericarditica, tanto più che la base del polmone di destra era poco mobile per una pregressa pleurite. Lo scompenso del paziente non cedette alle solite cure: per questo fu proposto l'intervento che consistette nella preparazione di un lembo a cerniera, con base esterna a sinistra, costituito con due incisioni orizzontali parallele una a livello del 2° spazio intercostale sinistro, l'altra in basso alla 6ª costa, riunite internamente sulla linea mediana. Furono resecate poi la 4ª, 5ª, 6ª, 7ª costa, e asportato con la pinza ossivora una metà dello sterno corrispondente alla breccia.

La mammaria interna fu legata. Fu scollato il cul di sacco pleurico sinistro. Fu riscontrata una obliterazione completa del sacco pericardico e in alto — fenomeno strano — una specie di cintura circolare calcifica sulle parti superficiali del cuo-

re corrispondentemente alle zone intermedie tra ventricolo e atrio destro, per un'altezza di circa 4 cm. Questo strato di calcio misurava in alcuni punti 3 mm. Praticata l'asportazione del tessuto cicatriziale e l'emostasi fu suturata la ferita, lasciando per pochi giorni un drenaggio. L'ammalato guarì per prima e dopo circa due mesi era assai migliorato. I fenomeni che presentava persistevano diminuiti ma le condizioni subiettive si presentavano assai migliorate.

Il caso è assai istruttivo perchè dimostra come l'obliterazione del pericardio possa esistere anche malgrado l'ingrandimento del cuore verso destra, come uno strato così spesso di calcio possa sfuggire non solo radioscopicamente, ma anche radiologicamente e come si debba preferire alla cardiolisi di Brauer dimostratasi spesso insufficiente il procedimento attuale inaugurato da Rehn e Schmieden. Non occorre proteggere il miocardio con un trapianto libero di fascia e grasso, come propose Schmieden, poichè in questo come nella cardiolisi alla Brauer l'aderenza dei muscoli toracici alla superficie del cuore non porta alcun danno. **E. M.**

Sulle arteriti diabetiche. Studio delle indicazioni che fornisce l'oscillometro.

(DOUMER e PATOIR. *Paris Médical*, 1926, n. 11).

Letulle, Labbé, Heitz ed altri hanno messo in evidenza la frequenza delle lesioni di arterite cronica nei diabetici, ed hanno mostrato che in un certo numero di casi l'oscillometro permette di mettere in evidenza una diminuzione della elasticità e della permeabilità arteriale, prima che questa abbia in alcuna maniera influenzato i tessuti. Molti AA. sono insorti contro questa affermazione, e Doumer e Patoir aggiungono una nuova osservazione sui cattivi servizi che può rendere l'oscillometro qualora ci basassimo sulla precedente affermazione.

Si trattava di una diabetica cinquantaquattrenne, diabetica da vari anni con l'aggiunta di una tubercolosi polmonare. Entra in Clinica per una gangrena umida del piede sinistro. La misura della pressione arteriosa diede:

Braccio destro: 15-6; polso d.: 13.5-6; polpaccio d.: 16-6; collo del piede d.: 13-6.5; polpaccio s.: 16.5-6; collo del piede s.: 13.5-6.5.

Fu eseguita l'amputazione al terzo inferiore della coscia. Nell'arto amputato la tibiale anteriore e la tibiale posteriore presentavano importanti lesioni di arterite cronica, con lesioni di sclerosi arteriosa, infiltrata a chiazze di strati calcarei, senza grassi nè lipoidi nè colesterina. Dunque, lesioni di gangrena di un arto con indice oscillometrico soddisfacente. Ma se in un certo numero di casi la spiegazione che ne dà M. Ravault — secondo il quale le lesioni arteriose responsabili della cangrena sono poste molto più in basso del punto ove si pone il bracciale — è plausibile, essa è insufficiente nel caso dell'A., nel quale le lesioni arteriose si trovavano molto più in alto del collo del piede nel quale le oscillazioni del Pachon erano ancora normali: si può quindi trovare un indice oscillometrico sufficiente nel punto stesso ove l'espansione sistolica dei grossi tronchi arteriosi dell'arto è ostacolata o quasi impedita. Il fatto è incomprensibile se si ammette, come affermano i classici, che l'ampiezza delle oscillazioni è unicamente sotto la dipendenza dei fenomeni di decollasso e di dilatazione arteriale che si producono nei grossi tronchi arteriosi degli arti, sotto la spinta sistolica.

Il fatto è viceversa facile a comprendere se si ammette, come sostengono gli AA., che le arteriole intervengono come parte attiva, cioè se si dà una notevole importanza alle parti molli: delle arterie rigide, incapaci di lasciarsi distendere dall'onda sistolica, sono incapaci di trasmettere al bracciale lo choc dell'onda sanguigna, e possono così trovarsi sotto un indice oscillometrico vicino alla norma se il fattore periferico riesce a raggiungere un indice oscillometrico sufficiente. Per ottenere ciò, è sufficiente che le piccole arterie sieno sfuggite al processo di sclerosi e che il decorso del sangue non sia completamente arrestato al disopra del punto ove si fa la misurazione, la qual cosa avrebbe per risultato di impedire la replezione sistolica delle parti molli.

MONTELEONE.

L'oscillometria in funzione di dinamometria cardiaca.

(E. AVARITSIOTIS. *Bulletin Médical*, 1926, n. 25).

L'oscillometria, utilizzata per lo studio della dinamica cardiaca, può dare indicazioni preziose per la diagnosi e la prognosi delle affezioni cardio-vascolari. L'A. propone un nuovo metodo di registrazione dell'ampiezza delle oscillazioni vascolari, provocate dallo choc miocardico, nei vari momenti di esso. Egli utilizza l'apparecchio del Pachon con bracciale unico. Servendosi di carta quadrettata, divisa in ascisse ed ordinate, segna verso la destra, a partire da zero, le cifre rappresentanti la tensione arteriosa in centimetri di mercurio; su di una linea verticale, a sinistra dello schema, segna, a partire dallo stesso zero, verso l'alto e verso il basso, le cifre che corrispondono all'ampiezza delle oscillazioni. Dopo aver misurato queste ultime, traccia, in corrispondenza dei vari momenti della pressione, delle linee verticali, che tagliano perpendicolarmente

e nel loro punto medio la linea orizzontale del'e pressioni. L'altezza di ciascuna di tali linee verticali corrisponde all'ampiezza delle singole oscillazioni. Il valore di tale ampiezza viene segnato in cima alla rispettiva linea verticale. Le estremità delle differenti linee, riunite fra loro da una linea curva, danno uno schema grafico dell'ampiezza oscillatoria.

Gli schemi oscillometrici così tracciati, tenendo anche conto delle oscillazioni sopra-massimali ed infra-minimali, danno la traduzione grafica chiara, precisa, completa dell'esame praticato ed aprono un campo nuovo allo studio del tipo individuale della circolazione e delle sue variazioni, allo stato normale e patologico. Oltre a ciò, è possibile, eseguendo esami successivi, paragonare gli schemi, sovrapponendoli, e dedurne conclusioni importanti circa la diagnosi, l'evoluzione ed il prognostico dei differenti stati morbosi cardio-vascolari.

TOSCANO.

Le indicazioni e l'azione fisiologica del salasso.

(LEMIERRE e BERNARD. *Presse Médicale*, n. 45, giugno 1926).

Fin dal 1900 Hayem aveva detto che il salasso è un intervento d'urgenza, il quale s'impone allorchè è in pericolo l'esistenza.

Di tale opinione sono gli AA., i quali riconoscono che il salasso si rende necessario nel'e grandi dispnee parossistiche e nell'eclampsia, e come tale esso è di grande utilità nelle malattie di cuore e dei reni, in cui si ottengono i migliori risultati.

I segni di benessere per l'infermo sono costituiti dalla modificata circolazione venosa che il salasso produce, in uno con le modificazioni che subiscono le correnti liquide negli spazi interstiziali, tutti fatti che agiscono poi direttamente sul miocardio e sui reni.

Il salasso è di grande utilità sopratutto nell'*asistolia*, e quando le alterazioni renali dipendono da uno stato di debolezza del miocardio.

Quest'azione non agisce direttamente sul miocardio, come la digitale, ma indirettamente, attraverso la circolazione periferica, la quale produce l'insufficienza delle contrazioni cardiache.

Infatti basterebbe il riposo ed una cura adatta per riordinare il ritmo cardiaco, se non si opponesse a ciò la difficoltà della circolazione periferica, la quale per contro si accentua per l'insufficienza cardiaca.

La difficoltà consiste principalmente nella stasi venosa, che si presenta con un rallentamento della circolazione ed un aumento della pressione. Queste condizioni favoriscono una trasudazione sierosa, la quale a sua volta comprime i capillari. Di qui una diminuita funzionalità renale, con scarsa diuresi, ritenzione idroclorurata e presenza di anasarca.

Tutti questi fenomeni d'asistolia sono efficacemente migliorati dal salasso.

Quali modificazioni il salasso produce sull'organismo?

Un importante sintomo dell'asistolia è l'*ipertensione venosa*. Su tale disturbo, che non manca mai, il salasso agisce facendo diminuire la pressione venosa; e la diminuzione è in rapporto alla pressione iniziale. Questa diminuzione può presentarsi in due maniere: 1) persiste nei giorni seguenti; 2) riaumenta un giorno dopo il salasso.

Nel primo caso gli effetti sono favorevoli, perchè essi indicano che il miocardio ha avuto il tempo di poter reagire; nel secondo caso i disturbi circolatori si sono rapidamente riprodotti, il che è di infausta prognosi.

Il salasso, con la sottrazione di sangue che produce, diminuisce la quantità totale, la quale per equilibrarsi deve sottrarre ai liquidi interstiziali una parte di essi. Questa sottrazione si compie a spese di tutti i liquidi disponibili: linfa, liquidi interstiziali fisiologici e patologici, liquidi di composizione cellulare. Tutti questi liquidi producono una *diluizione del sangue*. Col metodo refrattometrico gli AA. hanno misurato tale diluizione, ed hanno potuto stabilire che essa è legata a tre fattori: alla *quantità* del salasso; alla sua *durata;* al *tasso di concentrazione* dell'albumina del plasma al principio del salasso.

Per la quantità, si è notato che la curva di diluizione nel salasso totale scende rapidamente, per divenire poi orizzontale. Il sintoma de'la diminuita quantità di sangue è costituito dalla *sete*, che è più o meno intensa a seconda dei liquidi interstiziali che si trovano nell'organismo, capaci di sopperire alla sottrazione.

La durata della diluizione è in rapporto agli edemi ed alla rapidità del loro assorbimento. Tale durata varia da 6 ore a 4 giorni.

Un rapporto più netto esiste tra la diluizione e la diminuzione del peso del corpo, la quale è rapida ed immediata al salasso, e termina dopo 3-4 giorni, a misura che si modifica la concentrazione del sangue.

Allorchè al salasso non segue una immediata e proporzionale diluizione del sangue, e conseguentemente una diminuzione del peso del corpo, la prognosi dell'asistolia è infausta.

In rapporto ai sintomi clinici il salasso produce una diminuzione dei battiti cardiaci, con rinforzo delle pulsazioni. Ciò è dovuto al rapido riassorbi-

mento degli edemi, e al diminuito ostacolo periferico per il miocardio.

E spesso si assiste alla modificazione dei segni dell'insufficienza miocardica: il riscaldamento degli arti, la sparizione della cianosi.

Anche sull'apparato respiratorio mostra la sua efficacia, facendo sparire la dispnea con polipnea.

Questa dispnea è di natura meccanica; il salasso con una facilitata circolazione, rimuove l'ostacolo polmonare, e fa cessare la dispnea: il salasso poi è d'importanza capitale nei cardiaci con congestione acuta polmonare, e basta spesso da solo a modificare i gravi sintomi dell'affezione: il senso di soffocazione, la cianosi, l'espettorato schiumoso spariscono rapidamente col salasso.

In genere nei normali una sottrazione di sangue produce una diminuita diuresi, e talora la sopprime del tutto.

Nei cardiaci il salasso produce l'effetto opposto, cioè provoca un'abbondante diuresi: ciò è dovuto al fatto che il salasso rimuove la stasi venosa del rene, stimolando la circolazione arteriosa.

Sulla *pressione arteriosa* gli AA. non si pronunciano, perchè col salasso non si è avuto negli asistolici una curva netta, nè la pressione differenziale tra Mx e Mn è stata costante. Importante però è l'osservazione del comportamento della pressione arteriosa negli ipertesi dopo il salasso.

Nell'*ipertensione*, in cui lo scopo principale è di diminuire la tensione, si ottiene questo abbassamento con abbondante salasso, e gli AA. riportano dei casi in cui è stata necessaria una sottrazione di circa 2 litri di sangue, per ottenere una netta diminuzione della pressione.

Una piccola sottrazione quindi negli ipertesi non ha nessun valore, e gli AA. abitualmente raggiungono i 400-1000 cmc.

Alcuni AA. però sono contrari ad un rapido abbassamento della pressione negli ipertesi, perchè tale squilibrio può provocare gravi accidenti, fra cui il rammollimento cerebrale.

Gli ipertesi si possono dividere in due categorie: quelli che non risentono alcun giovamento dal salasso, e quelli che riducono la loro tensione arteriosa, col riposo, la dieta, i toni-cardiaci ed i diuretici.

Se quindi il salasso non è indicato come cura degli ipertesi, esso ha invece una netta indicazione nelle *crisi parossistiche d'ipertensione*. Abbiamo già accennato all'edema polmonare; la pseudo-asma, l'eclampsia, gli accidenti cerebrali da intossicazione saturnina, gli stati d'ipertensione da nefrite cronica, tutti legati a crisi ipertensive arteriose, ricavano dal salasso un beneficio immediato, e talora vitale per l'infermo.

Nella *ritenzione clorurata* in seguito a nefrite acuta e subacuta, il salasso per le già esposte condizioni fa sparire tutto il corteo grave che accompagna queste forme.

In questi casi si ottengono gli stessi buoni effetti che nelle forme asistoliche.

Sulla *ritenzione azotata*, e quindi sulla intossicazione che ne consegue, il salasso non ha alcun effetto; infatti, se si tralascia il concetto generale disintossicante del salasso, si può notare che esso non produce alcuna modificazione sul tasso ureico del sangue, anche se ripetuto ed abbondante, e perciò i disturbi uremici non ritraggono dal salasso i buoni effetti che si hanno invece nell'ipertensione.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

BORST MAX. *Pathologische Histologie*. II Edizione. Vogel, Lipsia, 1926. Mk. 48.

Dopo 4 anni compare la II edizione del libro del Borst, dedicato all'istologia patologica. Come osservava l'A. nella prefazione alla I edizione, è stata di proposito omessa qualsiasi parte generale e qualsiasi argomento di tecnica. L'A. si è preoccupato di dare agli studenti ed ai medici quelle cognizioni che fornisce allo studioso l'osservazione dei preparati istologici nelle varie malattie dei singoli organi ed apparati. Si presenta quindi quest'opera come un complemento utile di ogni studio di anatomia patologica macroscopica. La materia è svolta appunto trattando in ogni capitolo le varie malattie dei singoli apparati (circolatorio, respiratorio, ecc.) e l'esposizione dei reperti istologici dei vari organi è preceduta da un brevissimo cenno sulla istologia normale dello stesso organo o tessuto.

Un capitolo particolare è dedicato all'istologia dei tumori. In questa II edizione poi trova maggiore e più completo sviluppo il capitolo concernente gli organi a secrezione interna. Il testo è corredato da 275 illustrazioni provenienti tutte da preparati originali di osservazione dell'autore.

L'indirizzo tenuto nella esposizione della materia, e la ricchezza delle illustrazioni intercalate nel testo rendono questo libro di alto interesse e di non poca utilità non soltanto per lo studioso di istopatologia, ma anche per i medici tutti.

E. TRENTI.

H. H. MAYER e R. GOTTLIEB. *Die experimentelle Pharmakologie als Grundlage der Arzneibehandlung*. VII edizione. Un vol. in-8° di 792 pag., con 87 fig. in parte colorate e due tav. colorate. Urban e Schwarzenberg, editori. Berlino, 1925. Prezzo marchi 27.

Base della terapia moderna è indubbiamente lo studio scientifico dei medicamenti, che ha sosti-

tuito il vecchio cieco empirismo ed ha introdotto nuovi ed efficaci mezzi di cura. Il medico però è sempre un po' diffidente dei trattati di farmacologia sperimentale, perchè teme di trovarvi troppi esperimenti sulle rane e sulle cavie che giustamente considera come ben differenti dall'uomo Nulla di questo però si trova in questa opera dovuta alla collaborazione dei due autori: in essa, le ricerche sperimentali sono citate per dimostrare e spiegare l'azione dei singoli medicamenti, ma la trattazione ha per scopo determinato e preciso la terapia.

Quindi, oltre che lo studioso — il quale troverà nella larga documentazione bibliografica il materiale per ulteriori ricerche — la consultazione e lo studio di quest'opera saranno utili a quei pratici che vogliano conoscere a fondo l'azione dei singoli medicamenti, rendersi ragione dei fenomeni che essi provocano ed acquistare una sicura conoscenza delle indicazioni e controindicazioni.

La trattazione degli argomenti non è fatta per singoli gruppi di medicamenti, ma da un punto di vista fisiologico, studiando la farmacologia dei singoli sistemi ed organi (digestione, circolo, organi genitali, rene, ricambio, ecc.) e quella specifica diretta contro le cause delle malattie. Nell'ultimo capitolo troviamo delle vedute generali sull'essenza dell'azione dei medicamenti e sulle condizioni che la regolano.

fil

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Parte IV. *Angewandte chemische und physikalische Methoden*, fasc. IV. Un vol. in-8° di 180 pag., con fig. Urban e Schwarzenberg. Berlino, 1925. Prezzo: Marchi 7,50.

La presente puntata del noto trattato si occupa di una parte delle analisi delle urine e cioè della determinazione dell'azoto, e degli aminoacidi (P. BRIGL); degli acidi ossiproteinici (O. FÜRTH); delle albumine (P. BRIGL) e delle sostanze coloranti (E. SCHMITZ); M. BURGER poi tratta la determinazione della creatina e creatinina nell'urina, nel sangue e nei tessuti dell'organismo.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

LORENZINI G. *Caractères différentiels entre les vitamines des aliments et les vitamines isolées.* — Milan, Typ. Institut Biochim. Ital., 1925.

MARCONI S. *Contributo clinico alla malattia di Kahler-Bozzolo.* — Venezia, A. Vidotti, 1925.

MARFORI PIO. *Le acque minerali italiane nella cura delle malattie del ricambio con speciale riguardo alla crenotermoterapia della gotta e del diabete.* — Milano, Soc. Ed. « Unitas », 1925.

MASOTTI PIERO. *La Rachianalgesia.* — S. Vito al Tagliamento, Luigi Primon, 1925.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Associazione Napoletana dei Medici e Naturalisti.

Seduta del 14 giugno 1926.

Presidenza: prof. G. PIANESE, presidente.

Emicolectomia per stasi cecocolica e pericolite membranosa di Jackson.

Dott. UGO GRIMALDI. — Presenta un individuo, che era stato precedentemente operato di gastroenterostomia per stenosi pilorica da un altro chirurgo senza trarne alcun vantaggio. Ciò era accaduto perchè il radiologo, avendo notata la stenosi pilorica, che poteva spiegare le sofferenze a tipo gastrico del paziente, non aveva esaminato il resto dell'intestino, e così una stasi cecocolica di oltre 48 ore con appendicite cronica e pericolite membranosa era sfuggita. L'O. descrive l'intervento operativo, e dice di essersi deciso per la emicolectomia e non per la semplice esclusione, perchè con la esclusione non avrebbe con sicurezza ovviato alla stasi cecocolica. Fa la distinzione fra membrana congenita ed infiammatoria di Jackson, e dice che, essendo quella del suo operato di origine infiammatoria, sarebbe stata inutile l'asportazione pura e semplice, perchè si sarebbe avuta la riproduzione.

Presenta anche il tratto di intestino asportato.

Disturbi vescicali e sessuali e dismorfie della colonna vertebrale lombosacrale.

Dott. G. PICCININO. — L'O., dopo aver accennato alle pubblicazioni precedenti che hanno variamente interpretato la coincidenza di disturbi anuretici con alterazioni del rachide lombo-sacrale, rileva come queste interpretazioni varie siano in parte in dipendenza della mancanza di reperti autoptici, ma anche in parte conseguenza dello studio incompleto degli infermi. Infatti, osservando questi nelle varie età della vita, si nota che molte volte, scomparsa o attenuata l'enuresi, compaiono altri disturbi, tra cui più importanti per la loro frequenza e per la loro ostinatezza sono le algie e i disturbi sessuali, che dall'eiaculazione precoce possono arrivare fino alla impossibilità assoluta all'accoppiamento. Ricorda i rapporti fra algie e malformazioni del rachide che risultano da numerose pubblicazioni. Tratteggia quindi la figura di questi deboli sessuali, di cui molti hanno nella loro storia l'enuresi, e soffrono contemporaneamente di algie, infermi che venivano prima catalogati per la maggior parte nel capitolo della nevrastenia sessuale. Studiando quindi il complesso dei disturbi, bisogna ritenere che in questi casi alla malformazione ossea si accompagni una malformazione più raramente del midollo, più spesso degli involucri, che con le alterazioni radicolari consecutive rappresenti la base organica dei disturbi in parola.

Al negatoscopio espone una serie di importanti radiografie dimostrative.

Contributo alla conoscenza dell'osteomalacia maschile.

Dott. V. SCARLATO. — L'O. riferisce su di un caso di osteomalacia maschile da lui studiato che ritiene di particolare interesse perchè, confortato come è del reperto istopatologico del tessuto osseo, costituisce la prova irrefutabile della esistenza di tale forma clinica che da alcuni autori viene ancora oggi messa in dubbio. Dalla storia clinica risulta che si tratta di un individuo di anni 44, di professione sacerdote, il quale presentava una sindrome osteomalacica tipica, caratterizzata da rammollimento e deformità di varie parti dello scheletro (torace, colonna vertebrale, arti inferiori), dolori spontanei, esacerbantisi ad ogni piccolo movimento, ecc.

Notevole il deficit del ricambio del calcio.

La malattia insorta nell'ottobre del '22 fu ribelle ad ogni cura, ed ebbe esito letale dopo oltre due anni.

L'esame istologico eseguito su di un frammento di costola, fece rilevare le note di un tessuto osseo rarefatto e sostituito da tessuto osteoide, con nessuna o scarsissima tendenza alla ossificazione.

Alla discussione sui tre argomenti presero parte i soci proff. Pianese, Castronuovo, Tedeschi e Moscati.

Prof. D. ENEA.

Società Medico-Chirurgica di Piacenza.

Seduta del 25 aprile 1926.

Presidenza: prof. A. VECCHI, presidente.

Di un interessante caso d'infezione blenorragica.

Dott. R. COLLI. — Presenta un caso d'infezione blenorragica in una signora, di cui, dopo lunghe e inutili ricerche e riattivazioni sul marito, si scoprì la causa in una vescicolite blenorragica datante da 12 anni. Due sedute di diatermia servirono a riattivare il processo latente.

Sulla sifilide ereditaria

Dott. R. COLLI. — L'O. presenta uno specchio riassuntivo di Wassermann praticate per 5 anni a marito, moglie e cinque figli, cercando di dimostrare che un utero può restare fecondato da un maschio luetico in periodo di latenza o di attività senza infettarsi e generando saltuariamente esseri sani od eredo-luetici.

Casistica radiologica.

Dott. V. GIOVETTI. — Dimostra interessanti casi di affezioni dell'apparato digerente, controllati al tavolo operatorio.

Contributo alla conoscenza delle fossette così dette peritoneali e delle ernie del Treitz.

Dott. E. FORLINI. — Illustra le fossette retroperitoneali basandosi su osservazioni eseguite sopra 100 cadaveri di fanciulli e di adulti. Passa quindi allo studio delle ernie del Treitz e ne descrive 5 casi tratti dai registri delle autopsie dell'Istituto di Anatomia Patologica della R. Università di Parma. L'O. conclude facendo osservare come i suoi casi possono avere importanza dal lato morfologico per la posizione ed i rapporti che il sacco dell'ernia contrae con il colon trasverso e discendente, per la varia resistenza che il tessuto retroperitoneale oppone al progredire dell'ernia e il conseguente distendersi del sacco. Infine fa notare come dei 5 casi descritti in 3 (fra i quali una donna di 90 anni) non si erano avute manifestazioni a carico dell'apparato digerente e la morte era avvenuta per altra malattia, mentre in 2 la morte si era avuta per occlusione intestinale determinata in un caso da una torsione endosacculare, nell'altro da un invaginamento dell'intestino crasso al di fuori del sacco. In ambedue i casi però la vera sintomatologia dell'occlusione intestinale acuta era venuta a mancare, tanto che si erano curati gli infermi per altre malattie.

Tracheotomia e intubazione nel croup difterico.

Dott. L. PICCIONE. — Riferisce sulla cura del croup difterico, mettendo in rilievo i vantaggi della intubazione sulla tracheotomia. In favore della sua tesi cita una statistica di guarigioni del 70 % ottenute coll'intubazione in casi tutti gravissimi in questi ultimi cinque anni. Non esclude la tracheotomia, alla quale si può ricorrere in secondo tempo, quando l'intubazione non abbia dato i risultati sperati.

Mastite ipertrofica adenomatosa bilaterale.

Dott. F. FERMI. — Illustra un caso di affezione mammaria bilaterale, che ha notevole interesse per l'enorme volume raggiunto dalle mammelle e per il reperto istologico. Insieme con tessuto infiammatorio e di proliferazione si trovano commisti elementi adenomatosi, senza che si possa con certezza stabilire quale dei due tipi di alterazione (neoplastica o infiammatoria) prevalga e sia la primitiva. Presenta i preparati istologici e una interessante fotografia dell'ammalata.

A. V.

Società Medico-Chirurgica Anconetana.

Seduta del 23 aprile 1926.

Presidenza del prof. BACCARANI.

Di un rarissimo caso di susseguenza di manifestazioni tubercolari polimorfe viscerali e cutanee.

Prof. G. SORRENTINO (Ancona). — Uomo di 42 anni. Durante la prigionia in Austria, ha avuto tbc. polmonare della quale non restano segni ste-

toscopici e radioscopici; da oltre cinque anni non ha tosse nè sputi.

Da cinque anni sono comparse poussées di sinovite ai due polsi, e di tendo-sinovite agli estensori della mano sinistra — a lento decorso — che hanno lasciato una diminuzione nella funzione dei muscoli corrispondenti. Poi comparvero su tutto l'àmbito cutaneo chiazze di tbc. verrucosa cutis di Riehl e Paltauf (lupus scleroso del Vidal), che guarirono spontaneamente.

In seguito apparvero alla tempia e gota sinistra, due grandi chiazze di lupus vulgaris elevatus non exedens, che attualmente presentano segni certi di repressione spontanea cicatriziale.

Le condizioni del paziente, che da dieci anni è portatore di gravi lesioni tbc. viscerali e cutanee, sono ottime sotto ogni rapporto.

Di un caso di epitelioma perlato ad evoluzione spontanea cicatriziale.

Prof. G. SORRENTINO. — Si tratta di un uomo di 76 anni che, da oltre 25 anni, porta alla patella un epitelioma perlato sorto sopra una rilevatezza verrucosa.

Malgrado l'assenza di cure e di provvidenze igieniche, e malgrado l'infermo irriti spesso con l'unghia la lesione, questa è completamente guarita nella sua parte centrale e della parte periferica sono in via di evoluzione (perle) limitatissimi segmenti che conservano il loro carattere di superficialità e di tendenza alla involuzione cicatriziale.

X terapia: guarigione.

Il comportamento del diaframma nel pneumotorace artificiale.

F. RUSSI. — Dopo avere ampiamente trattato del normale abbassamento del diaframma e del bilanciamento del diaframma — o fenomeno di Kienböck — nel pneumotorace artificiale l'O. passa a studiare le turbe gastro-enteriche insorgenti nei primi tempi della cura pneumotoracica e causate principalmente dall'abbassamento diaframmatico: a sinistra mediante stiramento esofageo e compressione dello stomaco, a destra secondo l'O. sopratutto per fenomeni di stasi biliare secondari all'abbassamento del fegato.

Quindi l'O. riferisce sopra un caso da lui osservato di « marcata sindrome colecistitica » da vizio della posizione della vescichetta biliare, per epatoptosi di alto grado secondaria a pneumotorace artificiale destro: sindrome iniziata con disturbi gastrici vaghi ai primi rifornimenti, ed esplosa in un attacco di « colica epatica » nell'ultimo intervento — per caduta totale del fegato sotto l'arcata costale in presenza di una modica pressione positiva (+ 7). Raccomanda infine di seguire sempre attentamente il comportamento del diaframma e degli organi sottostanti nel corso della cura pneumotoracica, specialmente di fronte a disturbi digestivi accusati dai pazienti.

Prof. RICCARDO FUÀ. — *Sintomatologia di anemia perniciosa in lattante eredoluetico.*

Di un caso di ipospadia vulvare operato.

Prof. A. CAUCCI. — L'O. presenta un ragazzo di 13 anni, già affetto da ipospadia totale, con criptorchidia ed aspetto vulvare del perineo: risultato della plastica (metodo Duplay, tecnica Marion, con derivazione ipogastrica preliminare delle urine), in due sedute, perfetto; nel tratto penieno, data una disunione parziale dei lembi, si è applicato un lembo dorsale prepuziale ruotato ventralmente.

Durante il decorso si mette in evidenza un voluminoso diverticolo mediano dell'uretra prostatica, che corrisponde all'utricolo del Morgagni: tale diverticolo, che suppurò e richiese lavaggi ripetuti, era del volume della stessa vescica e si estendeva tra la vescica e il retto; in esso finivano le sonde nel cateterismo uretrale, e solo con opportuni accorgimenti queste si riuscivano ad introdurre in vescica.

A guarigione ottenuta scoppiò una crisi grave di « pionefrosi acuta » destra da incuneamento di un calcolo nell'uretere, fu praticata la nefrotomia; seguì una fase prolungata di setticemia da bacterium coli; quindi, scomparso ogni fatto settico, si estrasse il calcolo mediante ureterolitotomia.

Il paziente è guarito perfettamente, la neouretra sbocca alla base del glande, il membro può atteggiarsi in erezione rettilinea senza incurvamento ventrale, grazie allo sbrigliamento trasversale, seguito da sutura longitudinale, della doccia uretrale, praticato previamente.

Di un caso di torsione epiploica.

Prof. A. CAUCCI. — L'O. riferisce di un uomo di 53 anni, affetto da ernia inguinale destra riducibile, che durante il lavoro fu preso da dolori improvvisi all'ernia e al basso ventre, con fatti lievi di lipotimia; tali dolori si ripeterono il giorno seguente pure durante il lavoro, con intensità crescente. L'ernia si tumefece, non fu più riducibile, e divenne dolente: i dolori si diffondevano alla fossa iliaca d. all'epigastrio e a tutto l'addome. Si ebbe vomito; l'alvo non divenne chiuso, nè alle materie, nè ai gas; non febbre.

Fu operato con diagnosi d'ernia epiploica strozzata, in terza giornata.

Le condizioni generali e l'aspetto del paziente erano buoni, il polso pieno, non frequente, l'ernia era voluminosa, dolente, irriducibile, ottusa; si notava dolore nel quadrante inferiore destro dell'addome, cioè al disotto della ernia, con difesa muscolare, lieve tumefazione e subottusità in questa regione.

All'erniotomia si trovò il sacco pieno di epiploon dall'aspetto dell'infarto emorragico, con liquido siero-ematico; il colletto dell'ernia non esercitava costrizione ed estraendo dell'epiploon

dall'addome, questo era congesto ed ecchimotico come il tratto erniato; non congolo di costrizione; liquido ematico usciva anche dal cavo addominale. Si eseguì l'ernio-laparotomia e si estrasse una grossa massa epiploica, del volume della testa d'un feto, lassamente aderente, ecchimotica, sopra la quale esisteva un peduncolo costituito da cinque giri di torsione dell'epiploon, presso l'inserzione colica. Detorsione; resezione. Guarigione.

Contributo clinico allo studio delle pancreatiti croniche nel corso della litiasi biliare.

Dott. BARCAROLI. — L'O. riferisce sovrà un'inferma che prima dell'intervento chirurgico aveva presentato una sindrome da occlusione calcolosa del coledoco: coliche ripetute al fianco destro con irradiazione alle spalle dello stesso lato, accompagnate da temperature alte precedute da brividi, ittero intenso, feci acoliche e urine ricche di pigmenti biliari e urobiline.

L'intervento operatorio dimostrò chiaramente che la classica sintomatologia di calcolosi biliare presentata dall'inferma non fosse dovuta unicamente al fattore litiasico e alla concomitante infezione delle vie biliari, poichè mentre si riscontrò la presenza di un grosso calcolo nell'epatico si potè stabilire anche con certezza come le cause che impediva il normale deflusso della bile fosse rappresentata solamente da una sclerosi pancreatica, stenosante il detto coledoco. La perfetta guarigione dell'inferma si ottenne in seguito al drenaggio delle vie biliari infette.

L'O. si sofferma sulla patogenesi delle pancreatiti croniche che si riscontrano nel corso della litiasi biliare, sulle loro diagnosi difficili sempre, talvolta impossibile la maggior parte delle volte a stabilirsi prima dell'intervento e conclude affermando che circa la cura chirurgica di dette pancreatiti nel corso delle infezioni delle vie biliari il drenaggio dell'epatico previa colecistectomia, all'infuori di qualche rara eccezione, è il metodo preferito che ha dato i migliori risultati alla maggior parte degli operatori, poichè è quello su tutti gli altri metodi che meglio ha la possibilità di combattere i due fattori essenziali del processo morboso, da cui si origina la pancreatite: la stasi e l'infezione.

Seduta del 19 maggio 1926.
Presidenza del prof. G. MODENA.

Tre osservazioni di acromegalia.

Dott. L. BALIETTI. — 1) Uomo di 61 anni: dodici anni fa cominciarono ad ingrossarsi il labbro ineriore e le mani. Ora disturbi subbiettivi vaghi; obbiettivamente un aspetto caratteristico acromegalico; ingrossamento del labbro e degli arti delle corrispondenti ossa; cifosi cervico dorsale ecc.

2) Donna di 62 anni: aspetto acromegalico come il precedente.

3) Donna di 30 anni: sei anni fa cominciarono dolori alla regione orbitaria S. Attualmente, ai sintomi acromegalici tipici si aggiungono fenomeni da compressione e irritazione: lieve paresi facciale S.; parosmie, anomia S. atrofica ottica più avanzata a S., emianopsia bilaterale omonima, esoftalmo S., anisocuria. Alla radiografia: ingrandimento in tutti i diametri della sella. W. R. negativa. Pare non vi sia ormai dubbio sul rapporto patogenetico tra acromegalia e disfunzione ipofisaria e sul parallelismo etiologico tra acromegalia e gigantismo. Ma la disfunzione si esplica in modi differenti. I dati clinici e anatomici fanno pensare che l'età abbia importanza nell'evoluzione dell'acromegalia. Delle tre osservazioni suesposte, le due prime riguardano vecchie, la terza una giovane. Anche il Messedaglia nel suo lavoro, esaminando i dodici casi clinici, ne fa due gruppi: uno in cui il quadro clinico si limita alle megalie segmentali e disturbi generali; l'altro in cui a questi si aggiungono fenomeni di compressione e irritazione.

Il primo gruppo interessa a preferenza persone avanzate in età, in cui l'evoluzione è lenta a decorso più benigno, senza sintomi di tumore; il secondo riguarda individui più giovani e l'evoluzione è più rapida, più grave, più ricca di sintomi, con dimostrazione di tumore ipofisario, a decorso infausto.

Prof. R. FUÀ. — *Un caso di malformazione multipla del rachide.*

Le cause della paralisi progressiva.

Prof. GUSTAVO MODENA. — La sierodiagnosi Wassermann ha tolto ogni dubbio sulla origine luetica della paralisi generale progressiva. Ma il problema della sua origine continua ad interessare sopratutto in seguito alle osservazioni di Daraszkievicz che ha posto la questione dei rapporti fra p. p. e innesto del vaccino Ienneriano.

L'O. accenna poi ad un caso da lui osservato nel 1905 di un individuo con diagnosi di p. p. che, come si rileva ancora dalla fotografia, non era esente da segni di pregresso vaiolo. Però la osservazione può essere discussa mancando la sierodiagnosi che allora non era in uso.

Prof. MONTANARI, *segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

SEMEIOTICA.

I fenomeni delle dita analoghi ai segni di Babinski e Rossolimo.

Nelle dita delle mani non si manifestano quei segni nervosi che si osservano ai piedi, per il diverso adattamento negli umani degli arti superiori rispetto a quelli inferiori.

Si sa che l'eccitazione della pianta o del dorso del piede risponde con una reazione speciale nei casi di perturbamento del sistema piramidale (segno di Babinski, di Rossolimo, d'Oppenheim, di Mendel-Bekhterew) e del sistema extrapiramidale (segno di Schrijver-Bernhardt).

Sterling (*Revue Neurol.*, t. 1, n. 1, luglio 1926) ha notato in molte affezioni del sistema piramidale dei fenomeni analoghi ai segni che si possono provocare alle dita dei piedi.

Il segno che corrisponderebbe a quello di Rossolimo nelle dita della mano, si provoca inclinando la mano del malato ad angolo ottuso, e battendo rapidamente e nettamente con le dita della mano destra sull'estremità della faccia palmare delle ultime falangette: allorchè il segno è presente si ottiene una flessione ondulante e rapida delle quattro dita in tutte le articolazioni, con flessione ed adduzione del pollice. Questi movimenti delle dita possono essere più o meno netti e profondi, a secondo dei soggetti, e talora si possono complicare ad un vero clono delle dita. Questo segno è analogo al segno di Rossolimo, ed è presente in 83 % dei casi di lesioni certamente piramidali.

Non così netto appare l'analogo segno di Babinski.

Nella malattia di Tay-Sàchs descritta nel 1906 l'A. aveva già notato come l'eccitazione palmare provocasse l'estensione di tutte le dita. In tale forma morbosa è stato trovato presente nella mano questo segno, mentre esso è presente anche in malattie in cui non è solito verificarsi (idrocefalo congenito, malattia di Little, ecc.). In questi casi il segno sarebbe analogo ai fenomeni clinici raccolti sotto la sindrome della rigidità decerebrata (*decerebrate rigidity*) di Sherrington.

CARUSI

La risposta del facciale alla compressione del nervo auricolo-temporale negli encefalitici parkinsoniani.

H. Dufour, Duhamel e Hurez (*Soc. médicale des hôpitaux*, 15 luglio 1926) ricordano che Foix ha dimostrato che, se si comprimono fortemente e simultaneamente dai due lati con gli indici i colli dei condili del mascellare inferiore, in addietro, sotto l'orecchio e a livello del passaggio del nervo auricolo-temporale, si ottiene in certi emiplegici, anche nella fase comatosa, una contrazione nettissima dei muscoli innervati dal facciale del lato non paralizzato. Al contrario, nel lato paralizzato non si ha risposta. Ne risulta un'asimmetria facciale, provocata dallo stesso medico, che indica il lato paralizzato.

L'A. ha ricercato questo segno negli encefalitici parkinsoniani ed ha osservato quanto segue.

Negli encefalitici parkinsoniani a stadio avanzato la pressione sul condilo lascia la faccia immobile dai due lati o quasi immobile e ciò nel dominio del facciale superiore come nell'inferiore. Se la malattia è poco pronunciata, si può ottenere una leggera contrazione in corrispondenza del frontale oppure nei muscoli della commessura labiale.

L'interesse di questa ricerca si ha specialmente all'inizio della malattia quando la fisonomia non ha ancora raggiunto lo stato di maschera fissa, perchè allora, in caso di diagnosi esitante, l'asimmetria facciale provocata può orientarla nel senso del parkinsonismo.

Gli AA. non ritengono che si tratti in questo caso di azione diretta sul facciale, ma piuttosto di azione dolorosa e riflessa contemporaneamente sul nervo auricolo-temporale, anastomizzato col facciale.

Tale reazione va riavvicinata a quella di Foix; la mancata risposta del facciale indicherebbe che sono affetti i centri o le vie motrici volontarie, che esiste cioè un certo grado di paresi.

fil.

CASISTICA E TERAPIA.

Stato odierno della conoscenza della gastrite cronica.

F. Zweig (*Wiener klin. Woch.*, n. 18, 1926) osserva che le cause della malattia sono di solito errori dietetici continuati, o prolungato uso di sostanze tossiche o irritanti la mucosa gastrica, alcool, purganti, ecc. La gastrite cronica ha di solito inizio subdolo, essa non si sviluppa quasi mai da una gastrite acuta. Questa malattia si deve distinguere dalle gastriti secondarie ad ulcera o carcinoma gastrico, a colelitiasi, diabete lues, clorosi, ecc. Istologicamente si possono distinguere tre forme di gastrite cronica: 1) la gastrite mucosa con tumefazione ed arrossamento della mucosa, lieve infiltrazione leucocitaria, ed abbondante formazione di muco; 2) la gastrite

iperacida con forte proliferazione delle cellule di rivestimento, infiltrazione leucocitaria, formazione di muco; 3) la gastrite anacida o atrofica in cui la mucosa è sottile come carta di sigarette, i tubi glandolari sono atrofizzati da proliferazioni di connettivo, le cellule mucose sono degenerate. A queste forme istologiche corrispondono speciali forme cliniche: nella gastrite mucosa si ha forte produzione di muco e ipoacidità, nella gastrite iperacida si ha discreto muco e acidità normale od eccessiva, nella gastrite atrofica si ha poco o affatto muco e assenza completa di acido cloridrico e nei casi più avanzati anche di fermenti. I sintomi soggettivi della gastrite cronica si distinguono poco da quelli delle dispepsie. Si ha inappetenza, senso di peso e di ripienezza alla regione gastrica dopo il pasto; mancano veri dolori, le feci non hanno nulla di caratteristico, si hanno spesso nausea, rigurgito, salivazione. Nelle forme di gastrite alcoolica anche vomito mattutino. I segni obbiettivi sono limitati allo stato del succo gastrico. Il reperto più caratteristico è quello di muco più o meno abbondante che si può dimostrare facilmente lavando lo stomaco a digiuno. La presenza di muco nel contenuto gastrico differenzia la gastrite cronica dalla neurosi gastrica, in cui però i disturbi sono indipendenti dall'ingestione di cibo e in cui si alternano periodi di benessere con periodi di malessere.

POLLITZER.

La forma esofagea del carcinoma gastrico.

Si osservano talora dei sintomi clinici di stenosi esofagea che, per i segni locali e generali, portano alla diagnosi di cancro dell'esofago, mentre all'operazione od all'autopsia, si trova soltanto un carcinoma dello stomaco.

Questi sintomi sono da attribuirsi sia ad una azione puramente riflessa, sia ad un'azione meccanica. Nel primo caso, compare dapprima una crisi di esofagismo, caratterizzata da disfagia, il più spesso intermittente e progressiva, accompagnata da sensazione di arresto retrosternale. Allo spasmo succedono i vomiti, detti esofagei, cioè vomiti alimentari imperiosi, senza sforzo, quasi sempre durante i pasti o poco dopo (5-15 minuti).

Per la maggior parte i malati sono anoressici, ma alcuni possono anche avere una certa fame in causa della quantità insufficiente di alimenti che arrivano a rimanere nello stomaco. Si osservano rigurgiti salivari dovuti al riflesso esofago-salivare. Raramente i malati accusano dolori vivaci; generalmente si lamentano soltanto di pesantezza dopo i pasti e di digestioni lunghe.

Nella varietà meccanica, sono i disturbi gastrici che aprono la scena, mentre quelli esofagei vengono in seguito e possono diventare intensi sia per l'estensione del neoplasma verso la parte inferiore del cardias, sia per infiltrazione generalizzata delle pareti gastriche, con conseguente notevole riduzione della capacità.

I segni fisici mancano generalmente; quelli generali sono gli abituali delle neoplasie.

La diagnosi, come osserva H. Jupin (*Thèse de Paris*, 1926) la diagnosi si basa essenzialmente sull'esame radiologico. Nella varietà riflessa si trova un arresto della pappa al cardias e si vede una lacuna in un punto variabile delle pareti gastriche. Nella varietà meccanica si può notare (non sempre) stenosi del cardias, ma specialmente grande riduzione della capacità gastrica.

La diagnosi differenziale non deve considerare che il cancro dell'esofago, per il quale la radioscopia è utile, ma l'esofagoscopia dà le migliori indicazioni.

fil.

Amebiasi cronica - Mesosigmoidite - Peritonite.

B. De Vecchi (*Pathologica*, 15 luglio 1926) riferisce i risultati dell'autopsia eseguita su di un individuo che era morto con sindrome peritonitica acuta, manifestatasi nel decorso di una infezione broncopolmonitica. Il reperto addominale fu quello di una peritonite diffusa, di tipo purulento. Sul mesocolon, all'angolo splenocolico, si trovavano aderenze e retrazioni connettivali antiche, pigmentate, circondate ed infiltrate da essudato purulento, così che il colon discendente e la porzione superiore del sigma ne risultavano deformate e retratte. La superficie interna del colon, normale fino all'angolo splenico, qui e per un tratto di 20-25 cm. si presentava profondamente alterata, con perdite di sostanze irregolari, profonde, a margini poco rilevati, in qualche punto approfondantisi nel tessuto del mesocolon, il quale era ispessito, infiltrato, indurito, e qua e là seminato da zone necrotiche e purulente. Qualche rara ulcera piccola e solitaria ricordava una forma a cratere, con scollamento della sottomucosa.

Escluse la tubercolosi, la sifilide, una infezione acuta, la coprostasi, ecc., come causa di questo processo ulcerativo del colon e della mesosigmoidite, l'esame istologico confermò il sospetto già elevato sulla natura amebica della lesione.

Con la comunicazione di questo caso l'A. si propone di richiamare l'attenzione dei medici e degli anatomo-patologi sulla frequenza dell'amebiasi intestinale in Italia, secondo il concetto clinico insistentemente precisato in questi ultimi anni da alcuni studiosi, quali sono il Pontano ed Izar.

PERSIA.

La lambliasi duodenale.

Da quando è entrata nella pratica l'intubazione duodenale, la presenza della *Lamblia* (*Giardia*) *intestinalis* nel liquido duodenale è stata osservata da diversi autori, pur con la mancanza di tale parassita nelle feci. Si è allora pensato che la Lamblia non abbia nel duodeno la sua sede principale od unica, ma che possa abitare nelle vie biliari e versarsi poi con la bile nel duodeno. Tale supposizione si basa su due fatti: la presenza della Lamblia nella bile A ed i reperti anatomici della Lamblia nel liquido biliare contenuto in cistifellee asportate chirurgicamente ed anche all'interno delle pareti della cistifellea. Inoltre la frequenza relativamente grande delle alterazioni epatiche, canalicolari e vescicolari in individui affetti da lambliasi appoggerebbe tale modo di vedere.

Dalle osservazioni di M. Castex e di J. C. Galan (*Archives des maladies de l'App. digestif et de la Nutrition*, giugno 1926) risulta che può esistere, oltre alla lambliasi vescicolare, quella duodenale pura e che, per assodare che si tratta di lambliasi vescicolare, sia necessario il reperto della Lamblia nella bile B, mentre anche il reperto abbondante nella bile A ed in quella C non autorizza che una diagnosi approssimativa.

La Lamblia, nella sua localizzazione duodenale, provoca un'infiammazione della mucosa, una vera duodenite che, persistendo, arriva ad una concomitante periduodenite, con alterazioni morfologiche del duodeno, più o meno visibili nelle radiografie in serie. Tale duodenite apporta al liquido duodenale degli elementi chimici e citologici che devono essere considerati quando si procede all'analisi del liquido duodenale per non ritenerli come elementi di processi infiammatori eventualmente delle vie biliari, che hanno dei caratteri particolari bene stabiliti da Lyon.

Per il trattamento, gli AA. hanno trovato vantaggi dal treparsol e soprattutto dal neosalvarsan in iniezioni endovenose o per via rettale. Malagevole è il giudizio sulla guarigione, per il quale non basta fidarsi degli esami coprologici, anche se ripetuti, ma occorre trovare negativi i ripetuti reperti del liquido duodenale. *fil.*

Azione patogena e trattamento della lambliasi intestinale.

I. Carrere (*Anales de la Facultad de Medicina*, Montevideo, dicembre 1925) riferisce due casi clinici di lambliasi intestinale, entrambi diagnosticati con reperto abbondantissimo nel succo duodenale, ottenuto con sondaggio; nelle materie fecali invece non erano presenti che cisti, pure numerosissime, di flagellati.

Assai differente la sintomatologia delle inferme: l'una accusava da 8 anni, periodicamente, dolori diffusi e continui a tutto l'addome, stipsi, nausee; obbiettivamente meteorismo e dolorabilità di tutto il colon; all'esame rettoscopico una *rettite ulcerosa spastica*. La seconda ammalata da 4 mesi, ogni 2-3 giorni, presentava crisi di dolore ipogastrico irradiato alle fosse iliache, *diarrea, melena;* stipsi negl'intervalli. Da un mese si era aggiunto forte dolore epigastrico dopo i pasti, e vomito abbondante schiumoso. L'esame radiologico dello stomaco e dell'intestino dimostrava questi organi del tutto normali, come pure il fegato.

Curate ambedue le inferme con stovarsolo per bocca alla dose di 4 tavolette, e cioè un grammo, pro die, nella prima la banale sintomatologia intestinale rimase pressochè immutata, nella seconda invece l'imponente quadro doloroso scomparve immediatamente.

Praticati, dopo pochi giorni di cura, sondaggi duodenali ripetuti poi ad intervalli, in entrambi i casi essi diedero risultati negativi per la presenza di protozoi; così pure l'esame delle feci per le cisti. A. CORRADI.

Gli arsenicali nel trattamento della lambliasi intestinale.

Gutierrez-Arrese (*Archivos de medicina, cirugia y espec.*, 24 luglio 1926) ha trattato con gli arsenicali un individuo che da tre anni era affetto da diarree e da insufficienza gastrica, in cui l'esame delle feci aveva dimostrata la presenza di numerose Lamblie (Giardia).

Ha incominciato col neosalvarsan per iniezioni endovenose: dose iniziale cg. 15; 4 giorni dopo, 30; 6 giorni dopo 30; 7 giorni dopo 45, ripetendo tale dose due volte ad una settimana d'intervallo. Alla fine di tale periodo, il malato aveva evacuazioni per lo più formate e solo accessi di diarrea, scomparsi i parassiti e le cisti dalle feci, quadro coprologico ancora di insufficienza gastrica.

Allora si iniziò la somministrazione di arsenicali per via orale; siccome non venne tollerato lo stovarsol, si diede il treparsol che fu bene tollerato, con tre trattamenti di quattro giorni (cg. 50) divisi da tre giorni di riposo. Alla fine le feci erano del tutto formate, cilindriche, con scarsissimo muco, assenza costante di parassiti che è continuata anche in seguito. Miglioramento notevole dell'aspetto ed aumento di peso (2 kg.).

Per stabilire la guarigione in un individuo con lambliasi, l'A. ritiene che vi debbano essere parecchi esami negativi delle feci e del sedimento biliare. Quanto alla diagnosi, l'A. consiglia di osservare un fiocchetto del muco, al più presto dopo l'emissione, in una goccia di siero fisiologico, ricoprire con il coprioggetti ed eventualmente colo-

rare con l'aggiunta di una goccia di liquido di Giemsa che dà ottimo risalto alle cisti. Con questo metodo si rende inutile l'arricchimento che è consigliabile per altri parassiti intestinali.

fil.

La diatermia nelle sfinteralgie anali.

La tecnica consigliata da R. Bensaude e P. Meyer (*Journal des praticiens*, 24 luglio 1926) varia a seconda del grado di permeabilità anale presentato dal paziente.

Nei casi acuti, si mette il malato in posizione di Sims, disteso sul lato sinistro, con la regione anale bene illuminata; egli stesso alza la natica destra in modo da sviluppare bene il solco intergluteo. Si applica il polo indifferente sul fianco del paziente; quello attivo si mantiene extraanale quando ci si trovi in presenza con uno sfintere in stato di spasmo. Nei malati con crisi sfinteralgica, si ricorre ad un « polo anale esterno » fatto con un tampone di cotone idrofilo imbevuto di acqua salata (al 10 %) e bene spremuto, che si mantiene in contatto con l'orificio anale per mezzo della pressione vigorosa esercitata con la punta del cono metallico di Doumer.

Si porta l'intensità a 700-800 ampère e si mantiene per 10 minuti, evitando che la pressione del tampone ne faccia uscire delle goccioline che, scolando sui tegumenti potrebbero determinare una sensazione di bruciore.

Dopo 2-3 applicazioni, che determinano un sollievo immediato, si può introdurre senza dolore l'elettrodo intraanale.

Nei casi subacuti gli AA. consigliano degli elettrodi conici che, a 3 cm. dalla punta, presentan una strozzatura la quale si modella sulla ghiera anale. In tal modo si ha il vantaggio di aumentare la superficie di contatto con la mucosa e di non fare che una moderata dilatazione dello sfintere. Il trattamento si ripete tutti i giorni; la ragade anale vera guarisce in 6-7 applicazioni; nelle ragadi recidivanti, se il dolore non cessa alla decima applicazione, è consigliabile interrompere il trattamento per 4-5 giorni; il più spesso, dopo altre 3-4 sedute si ha la guarigione; in 3 casi, gli AA. hanno dovuto prolungare il trattamento fino a 20 sedute.

Nelle sfinteralgie croniche, soltanto le correnti di alta frequenza permettono di agire attivamente. Sono allora necessari 2000-2500 milliampère, prolungando la seduta per mezz'ora.

Si useranno elettrodi di grosso calibro, poichè in tali casi lo spasmo è poco marcato; gli AA. utilizzano dei dilatatori di Hégar del n. 18 a 26. In questi casi, si tiene il paziente disteso sul dorso, con l'elettrodo indifferente connesso mediante un filo biforcato a due larghe piastre, addominale e dorso-lombare. Si fanno serie di 15 applicazioni, eventualmente ripetute una o due volte, con intervalli di almeno 15 giorni.

In 114 casi, gli AA. hanno ottenuto la guarigione rapida e costante nelle sfinteralgie acute; nelle forme subacute 19 guarigioni su 23 casi ed hanno ottenuto buoni risultati in molti casi di sfinteralgie croniche che, come è noto, sono generalmente ribelli a tutti i trattamenti medici ed anche alle dilatazioni.

fil.

Un sedativo gastrico.

È dato da caolino g. 7.50, con sottonitrato di bismuto g. 2.50. Per una cart. Da prenderne una al mattino.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Spirocheti e gangrena polmonare.

L'importanza degli spirocheti nella patologia della gangrena polmonare resta ancora molto controversa: dapprima si dette importanza nella etiologia della gangrena polmonare a degli anaerobi di un tipo speciale viventi nelle nostre cavità naturali; in seguito vennero in causa gli spirocheti ai quali ora, per colpa della grossolana tecnica usata, si presta scarsa attenzione, dirigendosi la ricerca ai grossi spirilli e ad alcuni spirocheti del genere « vincenti ».

Per i più la gangrena polmonare è dunque dovuta, in un certo numero di casi, alla simbiosi fuso-spirillare di Vincent. Se si scorre la letteratura degli ultimi anni, sembra però che l'associazione fuso-spirillare non è tanto frequente: lo spirochete ammesso in molte forme non sarebbe che lo spirochete osservato da Vincent nelle forme ulcerose dell'angina ulcero-membranosa. Ma Bezançon e De Jong (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1926, n. 6) hanno dimostrato che il problema è molto più complesso: non è costante l'importanza del fusiforme e lo spirocheta agente della gangrena non ha niente di comune con lo spirocheta di Vincent. Ora ricercando lo spirochete nell'espettorato dei gangrenosi con metodi più perfetti degli usuali, ci si può rendere conto che nell'espettorato dei gangrenosi esiste molte volte uno spirocheta molto differente dallo spirocheta « vinventi » o dagli spirocheti abituali della bocca, cioè, dallo spirocheta « buccalis » o « dentium ». Questo spirocheta dagli AA. è stato ritrovato ed in grande quantità, in sette casi su undici. Questo spirocheta non si ritrova nella bocca normale, ma ha dei caratteri che lo fanno rassomigliare alla specie descritta dal Castellani nella bronchite emorragica, sotto il nome di « Spirochaeta bron-

chialis ». Contemporaneamente a queste spirochete esisteva un'abbondante flora microbica tipo Veillon. L'importanza dello spirocheta bronchialis, risulta non solo dagli studi anatomo-patologici della gangrena polmonare, ma anche dal fatto che il microbo non è un agente abituale della bocca. Lo spirocheta dagli AA. isolato si può identificare con lo spirocheta isolato da Nolf e Spehl in alcuni casi di bronchite fetida.

L'avvenire dirà se gli spirocheti intervengono in tutte le forme od in alcune soltanto di gangrena: fin d'ora si può dire che l'importanza degli spirocheti, in particolare dello *Spirocheta bronchialis*, è notevole, non solo dal punto di vista batteriologico, ma clinico, in quanto permette di comprender meglio l'evoluzione di alcune forme quasi croniche, a ricadute, nelle quali si può supporre essere lo spirocheta l'agente dell'infezione cronica, persistente allo stato latente nelle lesioni, nell'intervallo delle ricadute; infine avrebbe importanza per darci ragione dell'utilità degli arsenicali in un certo numero di osservazioni.

MONT.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Ricerca nelle urine della morfina, dell'eroina, del veronal e del sulfonal. — Al dott. G. Giuliani, Pontremoli:

Eliminandosi la morfina precipuamente attraverso la mucosa intestinale e quindi con le feci, la quantità che si può rinvenire nelle urine è assai scarsa, sebbene costante e riconoscibile con sicurezza. La morfina nell'urina si può anche trovare accoppiata con l'acido solforico e con l'acido glicuronico.

La ricerca è la seguente: si fa svaporare a bagno maria l'urina fino a sciroppo e questo sciroppo si estrae ripetute volte con alcool assoluto caldo. Questi estratti alcoolici si riuniscono e si evaporano. Il residuo si estrae con poca acqua acidificata con acido acetico concentrato e la soluzione viene ripetutamente esaurita con alcool amilico caldo (70° C.) in un separatore, finchè il liquido acquoso appaia chiaro e senza colore. La soluzione acquosa, dopo questo trattamento, è priva di urea e di acidi biliari che potrebbero mascherare con taluni reagenti le colorazioni della morfina. Si alcalinizza, ora, fortemente con ammoniaca la soluzione acquosa e si estrae 2-3 volte con alcool amilico bollente, il quale per evaporazione lascia depositare la morfina. Per purificare l'alcaloide si discioglie con acido cloridrico diluito e si ripete il trattamento con alcool amilico. La morfina, così ottenuta, si svela con diverse reazioni:

1) Si fa cadere sull'alcaloide, posto in una capsulina di porcellana, qualche goccia di percloruro di ferro molto diluito. Apparirà un colore blu o verde-blu. Questa reazione è specifica sebbene non molto sensibile.

2) Sull'alcaloide, deposto su una capsulina, si fa cadere una goccia di reattivo del Fröhde (si prepara al momento: in 50 cmc. di acido solforico conc. ctg. 5 di molibdato di soda). Apparirà una bella colorazione lilla-violetta, piuttosto fugace, che passa al verde, verde-bruno, giallo. Questa reazione è sensibile fino a gr. 0,000005 di morfina.

L'*eroina* (diacetilmorfina) si può ricercare nell'urina con processi chimici di poco differenti, tenendo presente, cioè, che, a differenza della morfina, l'estrazione dell'alcaloide dalle soluzioni acquose alcalinizzate si deve fare con etere e che gli acidi forti la decompongono con produz. di acido acetico. L'eroina dà la reaz. del Fröhde e non quella col perclor. di ferro indicate per la morfina. Una sensibile e specifica reazione è questa: si tratta l'alcaloide su una capsulina con alcune gocce di acido nitrico, si scioglierà con colore giallo che passa rapidamente al verde-blu.

Il *sulfonal* nell'organismo viene scisso e nell'urina si rinviene, quale prodotto di decomposizione, l'acido etilsolfonico allo stato di sale sodico. Una piccolissima parte si elimina immodificata. La sua ricerca nell'urina è disagevole. Si può, tuttavia, estrarre dibattendo l'urina, concentrata, con abbondante etere, che si lascia poi evaporare. Si purifica evaporandolo con liscivia di soda e nuovo spossamento con etere. I cristalli, caratteristici, si possono riconoscere al microscopio o fondendoli con idrato di potassa in polvere. Apparirà un colore giallo-verde, che col raffreddamento diventa rosso, e per l'aggiunta di acqua blu.

Il *veronal* si elimina in gran parte (80 %) inalterato con le urine. Si concentra l'urina, il residuo si spossa con petrolio e poi si estrae con etere; l'etere si fa evaporare e si ottengono i cristalli di veronale. Questi si riconoscono dal precipitato grigio-nero che producono trattandoli con soluzione acquosa di nitrato mercuroso o per la colorazione verde (che a caldo diviene blu chiara) che assumono col reattivo di Mandelin (solfovanadato d'ammonio).

L'eliminazione della morfina e dell'eroina è pronta, quella del veronal lenta e dura qualche giorno, quella del sulfonale lentissima e raggiunge il massimo dopo 4-5 giorni dalla somministrazione.

P. DI MATTEI.

Acqua canforata. — All'abb. n. 1731:

Il metodo più semplice per preparare l'acqua canforata è il seguente:

Spirito canforato gr. *due;*
Acqua distillata gr. *cento.*
Agitare energicamente.

Al momento del bisogno, filtra.

V. MONTESANO.

Posizione di Fowler. — All'abb. n. 620-2:

Fowler ha preconizzato per i peritonitici la posizione semiseduta sul letto, con le coscie semiflesse sul bacino per mezzo di un cuscino o di un rotolo.

Il beneficio che ne deriva sarebbe questo: che trovandosi la metà superiore del corpo più elevata del bacino, i versamenti e i secreti del cavo peritoneale si raccolgono tutti nel piccolo bacino. Così il peritoneo diaframmatico che è la parte della sierosa che assorbe con maggior copia e facilità viene ad esser liberato e indenne dall'azione di tali liquidi; mentre è pure impedita in certo modo la diffusione ai quadranti superiori dell'addome delle raccolte del piccolo bacino e delle fosse iliache.

Un drenaggio messo dal Douglas dà esito al materiale raccolto nel piccolo bacino. Nei cardiopatici e nei pazienti che hanno tendenza alla anemia cerebrale tale posizione è da sconsigliarla (Kennedy). Rehn è stato uno dei primi ad usare tale posizione per i suoi malati e a propugnarla.

V. GHIRON.

Al dott. N. M. da F. — Abb. n. 12560:

Avvelenamento da chinino. — Lavanda gastrica, emetici, infuso di caffè forte, soluzione jodo jodurata (Lugol). Se vi è eccitazione, somministrare calmanti (cloralio, bromuri); se vi è depressione dare degli eccitanti (caffeina, etere, canfora, rivulsioni cutanee).

Obbiettivi ed oculari per microscopio. — Per esame dei bacilli, è necessario un obbiettivo ad immersione; acromatico da 1/12 con oculare 4; semiapocromatico da 1/15 con oculare 4 ed 8; apocromatico da 2 mm. con oculare compensatore 4 e 8. Gli ingrandimenti sono nel primo caso di diametri 970; nel secondo di 570-1140; nel terzo di 500-1080.

Per il semplice esame dei sedimenti urinari, bastano gli obbiettivi a secco. E' opportuno un primo esame di orientamento con obbiettivo debole ed un successivo esame dei particolari con uno più forte. E' quindi da consigliarsi: obb. 3 con oculare 4 (diam. 105); obb. 6 con oculare 4 (diam. 420). Usando gli obbiettivi apocromatici, sono consigliabili quello da 16 mm. con oculare 4 od 8 (diam. 62-124) e quello da 4 mm. con oculari (sempre compensatori) 4 ed 8 (diam. 250-500).

fil.

VARIA.

Statistica di libere docenze.

Le libere docenze per esame concesse dal 30 settembre 1923 ad oggi in medicina e chirurgia sono state 168. In base alla nuova legge poi si sono presentate, nella sessione 1925, 109 domande di libera docenza: di queste 77 candidati ottennero l'abilitazione; 15 si sono ritirati e 4 sono stati riprovati. Appare evidente la diminuzione delle docenze in medicina e chirurgia con le nuove disposizioni di legge. (Da *L'Università Italiana*, n. 5, 1926).

Le assicurazioni sulla vita negli Stati Uniti.

Negli Stati Uniti circa 55 milioni di persone — ossia approssimativamente la metà della popolazione — sono protette dall'assicurazione sulla vita, mediante circa 100 milioni di polizze del valore medio di 1333 dollari, emesse da circa 170 compagnie, per un valore globale di 75 miliardi di dollari, che va ora aumentando di circa 15 miliardi l'anno. (W. E. Mungrave, in *Journal Amer. Med. Assoc.*, 22 maggio 1926).

Il caso Aschoff.

Ha destato chiasso or è qualche tempo nella stampa politica il caso del prof. Lodovico Aschoff, direttore dell'Istituto di Anatomia patologica dell'Università di Friburgo i. B., nominato socio straniero dalla nostra Reale Accademia dei Lincei, nella categoria V della Classe di Scienze fisiche, matematiche e naturali. Di fronte alle restrizioni opposte dall'Aschoff, non gli venne comunicato il decreto di nomina emesso il 22 agosto 1925 e registrato dalla Corte dei Conti il 3 settembre 1925.

L'Aschoff voleva assicurazioni che l'Accademia non avesse partecipato alle deliberazioni adottate a Parigi nel novembre 1918 e in Bruxelles dal 18 al 28 luglio 1919, con le quali gli scienziati della Germania e dell'Austria-Ungheria furono esclusi dai convegni scientifici internazionali.

Contro il solino inamidato.

Si è costituita in Francia — scrive l'*Excelsior* — una Lega contro il solino inamidato e la cravatta. Essa ha diramato una circolare per la soppressione di questi due incomodi accessori dell'abbigliamento maschile. La circolare si fa forte del parere espresso da medici e igienisti di tutti i paesi. Dà speciale peso all'intralcio frapposto dai colletti duri alla circolazione; si potrebbe aggiungere che le camice e le giacche accollate sono di ostacolo anche all'aerazione e sovratutto all'azione benefica della luce sul torace, oltre di che riescono incomodi e inestetici; ma temiamo che ce ne vorrà prima di bandire questi accessori irrazionali!

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LVI. — Equipollenti della notificazione.

Accade di frequente che gli interessati ricorrano al Prefetto contro deliberazioni definitive di Consigli comunali. Già altre volte si è avvertito che, trattandosi di provvedimenti non soggetti ad approvazione tutoria, essi sono trasmessi al Prefetto soltanto per il *visto*, che importa un controllo di legalità. In questi casi non c'è un ricorso gerarchico al Prefetto quindi il reclamo che l'interessato presenta ha valore di semplice denunzia, della quale il Prefetto può non tener conto. Ma il reclamo importa ed esprime la conoscenza che l'interessato ha del provvedimento e questa prova può costituire equipollente della notificazione agli effetti della decorrenza del termine per il ricorso in sede giurisdizionale. Bisogna badare bene a ciò, per evitare poi la sorpresa della dichiarazione di irricevibilità del ricorso in sede gerarchica, per scadenza del termine, qualora prima della notificazione del provvedimento l'interessato reclami al Prefetto — sperando che la deliberazione non sia vistata e perciò non sia resa esecutiva — e poi produca il ricorso giurisdizionale entro il termine stabilito dalla legge ma con decorrenza dalla notificazione e non dalla data del reclamo al Prefetto, eventualmente esibito dall'altra parte come equipollente della notificazione. Per evitare queste conseguenze conviene o far presentare la denunzia al Prefetto da altri o considerare come punto di partenza del termine la data del ricorso al Prefetto.

È stata considerata equipollente anche la richiesta di copia della decisione della G. P. A. In questo caso, però, ha detto la V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 30 aprile 1926, n. 130: occorre che le circostanze di fatto siano tali da escludere ogni dubbio sulla data precisa in cui l'interessato, ritirando copia della decisione richiesta, ha acquistato piena conoscenza di essa.

LVII. — Motivi aggiunti in sede di ricorso gerarchico.

In sede di ricorso gerarchico devono esser presi in considerazione anche i motivi aggiunti presentati successivamente dall'interessato, prima che si sia formato il provvedimento sul ricorso stesso o finchè non siano stati predisposti gli elementi necessari (per es., pareri di corpi consultivi) per la emanazione di esso.

Questa risoluzione, adottata dall'adunanza generale del Consiglio di Stato in data 19 aprile 1926 e poi confermata da decisioni in sede giurisdizionale, è molto importante. Spesso, data la brevità del termine di 15 giorni assegnato per il ricorso gerarchico, l'interessato non ha, quando ricorre, tutti gli elementi di fatto e di diritto per un esame completo e non è in grado di dedurre tutti i motivi. Si ammette ora che, prodotto in termine un ricorso, possa poi l'interessato presentare motivi aggiunti purchè giungano tempestivamente, cioè prima che i corpi consultivi abbiano dato il loro parere — nei casi in cui il parere è richiesto — o prima che il provvedimento sia formato. Questa risoluzione, giuridicamente fondata sulla natura del controllo in sede gerarchica, tempera le conseguenze della brevità del termine e di un procedimento che si svolge senza contraddittorio per azione quasi del tutto unilaterale dell'organo amministrativo competente.

LVIII. — Illegalità dell'adunanza del Consiglio indetta dal Sindaco.

Il Consiglio comunale di Carpineto Romano deliberò il licenziamento del medico condotto dottor Amicone per fine del periodo di prova. Ricorse l'interessato al Consiglio di Stato e, fra altri motivi, dedusse che il provvedimento era stato deliberato in adunanza straordinaria della quale il Sindaco e non la Giunta aveva stabilito la data.

La V Sezione del Consiglio di Stato con decisione 8 luglio 1926 ha accolto il ricorso, per questo motivo, ed ha annullato la deliberazione di licenziamento. Così il dottor Amicone ha potuto evitare gli effetti di una deliberazione di licenziamento che da altri punti di vista non era vulnerabile perchè la legge non obbliga i comuni a motivare ed ha acquistato la stabilità dell'ufficio.

Bisogna badare anche alla forma: a volte una situazione di giustizia si salva non per motivi intrinseci e sostanziali, che non sempre sono sindacabili, ma per un semplice vizio formale.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Un concorso universitario ammonitore.

Giudichiamo utile che non venga ignorato il risultato più che sconfortante, *severo ammonitore* del concorso testè svoltosi di Letteratura italiana presso la R. Università di Catania.

La Commissione giudicatrice dei titoli dei *ventidue* concorrenti con circa 800 pubblicazioni, composta dei valentissimi professori: on. Cian, G. A. Cesareo, G. Curcio, M. Barbi, I. Sanesi, non è riuscita a poter formare la terna prescritta, non avendo nessuno dei candidati ottenuta la maggioranza favorevole necessaria dei voti.

In conseguenza la predetta Commissione si è ritrovata nella incresciosa necessità di non potere compiere il proprio mandato, e di rassegnare quindi le proprie dimissioni al Ministro della P. I.

Questi ha presentato il resultato *negativo* del Concorso al Consiglio superiore il quale gli ha restituito i documenti senza alcuna osservazione in merito.

In conseguenza il Ministro con Decreto del 21 giugno decorso ha dovuto approvare le decisioni *negative* per tutti i 22 concorrenti!!

Se è avvenuto non di rado in questi ultimi anni che siano stati dichiarati *insufficienti* alcuni dei candidati anche con larghe indulgenze di Commissioni giudicatrici, ora fortunatamente riformate, non si era verificato il fatto della insufficienza assoluta di tutti i concorrenti numerosissimi, ma solamente per scarsezza notevole di essi si dovette poche volte fare qualche riserva.

Questo esito cotanto deplorevole è prova purtroppo non solo della ignoranza dei candidati, ma della presunzione della loro maturità per l'insegnamento universitario mentre hanno ancora bisogno di adeguata preparazione.

È necessario che il Ministro della P. I. sorvegli e provveda contro la decadenza dei concorsi che sono il più sicuro fondamento per elevare lo spirito scientifico dell'insegnamento superiore.

Prof. D. BARDUZZI.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ANCONA. *Ospedale Civile «Umberto I»*. — Cercasi direttore del Laboratorio di chimica, microscopia, batteriologia e anatomia patologica. Inviare domanda, in carta semplice, con l'elenco dei titoli e posti occupati e pretese alla Direzione Sanitaria fino a tutto il 15 ottobre.

BARI. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Barletta; al 30 sett., ore 18; ab. 51.387; L. 15.000 e 2 quadr. di L. 1000; divieto lib. eserc. profess. tranne consulenze; tit. ed esami (prove scritte, orali ed esercizi prat.). Età lim. 45 a. Tassa L. 50.20 alla Tesor. com. Certif. a 3 mesi dal 5 ag.

BASSANO DI SUTRI (*Roma*). — Riapertura, al 30 sett.; L. 10,500 per 1000 pov., oltre L. 400 uff. san. e c.-v.; 5 quadrienni dec.; età lim. 40 a. Sono valide le istanze già presentate. Docum. a 6 mesi dal 17 ag. Serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

BRUGNATO (*Spezia*). — A tutto 30 sett.; tassa L. 50.10; stip. L. 8200 e 10 bienni ventes., oltre L. 500 uff. san., L. 1200 c.-v.; serv. entro 20 gg.

CAGLIARI. *R. Università*. — Professore non stabile di patologia spec. chirurg. Scad. 15 ott. Vedi fasc. 39.

CERVARA DI ROMA (*Roma*). — Proroga al 30 sett.

COSSIGNANO (*Ascoli Piceno*). — Al 30 sett. ore 18; ab. 2090; L. 8500 oltre L. 500 indenn. laurea e L. 1000 indenn. forese, L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Età lim. 35 a.

CREMONA. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati*. — Al 15 ott., anatomopatologo; vedi fasc. 39.

FIUME. *R. Prefettura della Provincia del Carnaro*. — Ufficiale sanit. del Capoluogo. Scad. 30 sett., ore 12. Vedi fasc. 35.

FOGGIA. *R. Prefettura*. — Uff. san. in 13 Comuni; scad. 25 ott. Vedi fasc. 39.

FORLÌ. — Condotto supplente fisso; al 30 sett.; età lim. 39 a.; tassa L. 50; L. 9000, oltre L. 4000 trasp.; 10 bienni ventes.; 2 c.-v.; ecc. Serv. entro 15 gg.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri*. — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONTOTTONE (*Ascoli Piceno*). — Scad. 30 sett.; ab. 2148; pov. c. 25 %; addizionale capitarie L. 5 eccedenza poveri; L. 8500 e 5 quadr., oltre L. 500 indenn. laurea, L. 500 uff. san., L. 2700 trasp.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Al 15 ott.; v. fasc. 36.

PONTECAGNANO FAIANO (*Salerno*). — L. 6500 e 4 quadrienni. Scad. 30 sett.

ROMA. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

S. POLO DI PIAVE (*Treviso*). — Al 30° giorno dal 20 sett.; L. 8000 e 5 quinq. dec., oltre c.-v.; addizion. L. 5 oltre 20 % popol.; L. 3500 trasp.; L. 600 se uff. san.; garentito alloggio conveniente; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

S. POTITO SANNITICO (*Caserta*). — A tutto il 30 sett.; L. 7000 (*sic*) e 5 quadrienni dec., oltre L. 500 se uff. san. Età lim. 40 a. Docum. a 3 mesi dal 15 ag. Acettaz. entro 5 gg.

SASSARI. *R. Università*. — Professore non stabile di Clinica ostetrica. Scad. 30 sett. V. fasc. 39.

SUTRI (*Roma*). — Proroga al 30 sett. V. fasc. 39.

VILLA DI TIRANO (*Sondrio*). — Al 15 ott.; vedi fasc. 39.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Scad. 15 ott; vedi fasc. 36.

Diffide.

Grumello Cremonese (Cremona).

Per i medici di bordo.

La sessione di esami di idoneità per i medici aspiranti ad imbarcare come medici di bordo avrà principio per lo svolgimento della prova orale nella lingua straniera d'obbligo, nei giorni come appresso indicati: per la sede di esami di Roma (Ministero) il 12 ottobre 1926; per la sede di esami di Genova il 18 ottobre; per la sede di esami di Napoli il 18 ottobre; per la sede di esami di Palermo il 20 ottobre; per la sede di esami di Trieste il 14 ottobre.

La prova scritta di etiologia, patologia, diagnosi, epidemiologia e profilassi delle malattie infettive, di quelle parassitarie e di quelle di origine alimentare è stabilita per il 23 ottobre, in tutte le sedi di esame, restando stabilito per i giorni successivi lo svolgimento delle prove di esame pratica ed orale, di cui alle lettere *c*) e *d*) dei programmi di esame.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

In seguito alla elevazione della Legazione Argentina in Roma al rango di Ambasciata, l'attuale ministro, S. E. Fernando Perez, è nominato primo ambasciatore.

Notoriamente il prof. Perez è una delle maggiori illustrazioni della medicina: il suo nome resta associato alla scoperta del bacillo dell'ozena e a pregevoli studi di oto-rino-laringologia.

Egli è riuscito, con opera assidua, a stringere sempre più i rapporti intellettuali dell'Italia con l'Argentina.

Al valoroso scienziato ed uomo politico vadano i più cordiali rallegramenti della famiglia medica italiana per l'altissima posizione che è stato chiamato a coprire.

Il prof. Domenico Calzavara, già assistente alla Clinica chirurgica di Padova, è nominato, in seguito a concorso, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Treviso.

SERVIZIO DI SANITÀ MILITARE.

Generali in servizio permanente: col. med. Memmo nob. patrizio veneto conte comm. Giovanni, è promosso maggiore generale med. e nominato ispettore della Sanità militare di Napoli. (Rallegramenti cordiali all'insigne studioso, nostro ottimo amico).

Generali in posizione ausiliaria. I seguenti maggiori generali med. in P. A. sono promossi tenenti generali med. nella posizione stessa: Testi prof. comm. Francesco (rallegramenti sentiti al nostro antico collaboratore), Bernucci dott. gr. uff. Giovanni, Calegari dott. comm. G. Battista direttore generale della Sanità militare.

Generali in aspettativa per riduzione di quadri: Fulloni comm. dott. Adeodato è promosso tenente generale med. nell'aspettativa stessa.

NOTIZIE DIVERSE.

Il prof. Vittorio Ascoli.

Il nostro direttore è tornato in Italia dopo tre mesi di assenza trascorsi nell'America latina.

Per invito del Comitato promotore del terzo Congresso Medico Nazionale dell'Argentina, egli ha preso parte ai lavori di questo convegno destinato in prevalenza alla malaria, il quale ha assunto carattere e portata internazionali grazie alla partecipazione di eminenti delegati: Ascoli, Alessandrini, Pittaluga, Georges Strode, Em. Sergent, Pou y Orfila, ecc. La relazione del prof. Ascoli venne seguita col più vivo interessamento e fu molto apprezzata nel suo significato clinico e sociale.

In seguito a incarico del « Departamento Nacionál de Hygiene », il prof. Ascoli ha tenuto dei corsi di clinica della malaria nelle provincie dell'Argentina più colpite dalla endemia; poi una serie di conferenze su argomenti di clinica medica all'Università di Buenos Ayres, un corso di lezioni cliniche sul malato nella Università di Cordoba e un corso di conferenze in quella di Rosario.

In seguito egli è passato nell'Uruguay, ove ha tenuto due conferenze cliniche a Montevideo. Infine, officiato dalle Facoltà Mediche del Brasile, ha svolto dei cicli di conferenze cliniche a S. Paolo e a Rio de Janeiro.

Il viaggio del prof. Ascoli, che ha avuto esito felicissimo, ha proiettato vivida luce sulla medicina clinica italiana. Come altre iniziative congeneri, esso è destinato ad avvicinare sempre più, nel campo intellettivo e culturale, l'Italia ai nuovi popoli eredi di Roma.

III Congresso della Società Italiana di Medicina Legale.

È indetto a Firenze dal 16 al 18 ottobre. Saranno svolte le seguenti relazioni ufficiali: 1) Perrando prof. G. G., « La medicina legale italiana nell'ultimo decennio »; 2) Ottolenghi prof. S., « La medicina legale e la polizia scientifica »; 3) Biondi prof. C., « L'importanza del fattore costituzionale nel determinismo, nel danno e nella liquidazione degli infortuni del lavoro »; 4) Romanese prof. R. e Leoncini prof. F., « L'intossicazione da ossido di carbonio ».

Al Congresso possono partecipare tanto i soci della Società Italiana di Medicina legale quanto i non soci e possono aderire anche Enti che si interessino ai nostri studi. La quota di inscrizione è di L. 30 per i congressisti e di L. 50 per gli Enti.

I partecipanti potranno eventualmente usufruire di un ribasso del 30 % sul prezzo dei biglietti ferroviari a tariffa ordinaria.

Il Comitato ordinatore è presieduto da Leoncini prof. Francesco, direttore dell'Istituto di Medicina Legale di Firenze.

Le quote per la inscrizione dovranno essere inviate al segretario-cassiere dott. Augusto Antonini presso l'Istituto di Medicina Legale di Firenze,

via degli Alfani 33. Per ogni comunicazione o schiarimento rivolgersi alla Segreteria del Congresso presso il predetto Istituto.

I Congresso Pan-Americano della tubercolosi.

Nell'ottobre del 1927 si terrà a Cordoba (Argentina) il I Congresso Pan-Americano sulla tubercolosi, che coinciderà con la celebrazione del cinquantenario della fondazione dell'Università di quella città. Il Comitato ordinatore, presieduto dal dott. Juan F. Cafferata, si è messo intanto attivamente all'opera per la buona riuscita del Congresso, curando l'intervento degli studiosi delle tre Americhe, nonchè di quelli stranieri.

Le sedute scientifiche dureranno cinque giorni; il sesto giorno saranno votati gli ordini del giorno, specie nei rapporti delle provvidenze profilattiche da adottare; contemporaneamente si svolgerà un programma di visite alle istituzioni antitubercolari di Cordoba e dintorni.

La quota d'iscrizione è di dieci pesos argentini. I titoli delle comunicazioni debbono essere inviati alla Segreteria del Comitato ordinatore, calle 9 de Julio 443, local del Circolo medico, in Cordoba (Repubblica Argentina), entro il 30 agosto 1927.

All'Associazione professionale dei dermosifilografi italiani.

S. A. R. il principe di Piemonte si è degnato accordare il Suo alto patronato all'Associazione e di accettarne la Presidenza onoraria.

VIII Corso internazionale di perfezionamento medico a Carlsbad.

Il prof. Boeri, direttore della III Clinica Medica dell'Università di Napoli, è partito per Carlsbad, invitato a partecipare con una conferenza al predetto corso che sarà tenuto a settembre. Vi prenderanno parte illustri scienziati delle più importanti nazioni. Il prof. Boeri per la sua conferenza ha scelto il tema: « La rieducazione degli organi della vita vegetativa ».

Corsi di perfezionamento in dermatologia e venereologia a Parigi.

Presso la Clinica di Dermatologia e Sifilografia della Facoltà Medica di Parigi, all'Ospedale di S. Luigi, avranno luogo i seguenti corsi di perfezionamento, sotto la direzione del prof. Jeanselme: dermatologia 4-30 ottobre; venereologia 3-27 novembre; terapia dermato-venerologica 29 nov. — 22 dicembre; tecnica di laboratorio: nello stesso periodo. Tassa d'iscrizione per ogni corso: 250 franchi. Per programmi e informazioni rivolgersi al dott. Burnier, Hôpital St-Louis (Pavillon Bazin), rue Bichat 40, Paris (Xe). Le iscrizioni si ricevono dalla Segreteria della Facoltà di Medicina (rue de l'École de Médecine).

Cerimonia commemorativa a San Giorgio di Nogaro.

A S. Giorgio di Nogaro in occasione della visita del maresciallo Cadorna nella regione del Friuli è stata nella sala consiliare del Municipio, già aula magna dell'Università Castrense, inaugurata, dopo belle parole del medico locale dott. Luigi Barzan, una lapide che ricorda i medici ivi laureatisi e poscia caduti per la patria. L'epigrafe così dice:

« Qui — alle soglie della grande guerra — tra il rombare dell'armi redentrici — l'Università Castrense — accolse dai nostri Atenei — a compiere studi e supremi doveri — gli allievi — di medicina e chirurgia — delle fiorenti giovani schiere — centocinquanta — eroicamente caddero in battaglia — e la morte confuse — lauri di scienze e di gloria ».

S. E. Cadorna pronunciò brevi parole, elogiando l'opera dei medici — inesausti militi della Pietà — durante la guerra. La signora Ferrandini, già infermiera volontaria, consegnò al maresciallo, che molto gradì il simbolico dono, una scheggia di pietra tolta alle impervie pendici del Monte Santo.

Beneficenza.

Si era costituito a Torino un Comitato promotore per un Sanatorio popolare di montagna, e grazie ad una tenace propaganda svolta dal prof. Malan, aveva raccolto circa mezzo milione, somma pur sempre inadeguata. In buon punto è intervenuto il sen. Agnelli, il quale si è offerto di costruire e arredare a tutte sue spese un sanatorio di alta montagna capace in primo tempo di 120 letti. Il progetto è stato già approntato dall'architetto E. Decker. Il sanatorio funzionerà come Casa di cura privata, con rette minime.

In seguito a questa decisione la somma raccolta dal Comitato promotore del Sanatorio è stata destinata ad altro scopo: servirà alla fondazione di un Ente morale per « Borse di cure in montagne a tubercolotici iniziali ». La nuova Opera pagherà giornate di presenza agli ammalati che si troveranno in certe date condizioni, avrà spese di amministrazione minime ed esplicherà la sua beneficenza in ragione del reddito disponibile anno per anno. Il suo capitale potrà accrescersi indefinitamente per lasciti ed oblazioni.

Stazioni sanitarie e edifizi scolastici nell'Agro Romano.

Una Commissione composta dei rettori degli Uffici dell'Istruzione e dell'Agro Romano e dei funzionari degli Uffici d'Igiene e Tecnico del Governatorato di Roma ha portato a compimento lo studio relativo al piano regolatore delle stazioni sanitarie e delle scuole nell'Agro Romano.

Nuovo Ospedale.

A Lugnano in Teverina si è inaugurato un nuovo Ospedale consorziale a cura della locale Congregazione di Carità.

A dirigere il nuovo Ospedale, fornito d'ogni più moderno impianto, è stato chiamato il chirurgo dott. Umberto Nobili di Bologna.

Una maternità a Mogadiscio.

Per iniziativa del Duca degli Abruzzi, si è istituita una maternità a Mogadiscio, capitale della Somalia italiana.

Nuova Rivista di Biologia.

L'« Archiv für experimentelle Zellforschung besonders Gewerbezüchtung (Explantation) » è diretto dal prof. Rhoda Erdmann di Berlino ed è edito dalla casa di Gustav Fischer di Jena; vanta tra i condirettori i più bei nomi della biologia sperimentale di tutti i paesi. Il primo fascicolo contiene pregevoli contributi di Giuseppe Levi (Torino), condirettore italiano, Krontowski (Kiew), Thielmann (Riga), Siven Kiaer e Abert Fischer (Copenaghen) e di Rhoda Erdmann (Berlino). Riporta la bibliografia dal 1920 al 1924 sui lavori concernenti la coltivazione dei tessuti.

Per due medici condotti benemeriti.

Il 30 luglio nella sede dell'Ordine dei medici di Torino convennero in numero grandissimo i medici condotti della provincia, per festeggiare il dott. Felice Calissano, medico condotto di Poirino, e il dott. Adolfo Fubini, segretario della Sezione Medici condotti di Torino, ed esprimere loro sensi di gratitudine per l'opera proficua svolta a vantaggio della categoria.

Erano presenti il dott. Vacino, per il Sindacato Medici condotti, il prof. Percival, per la Corporazione Sanitaria, il dott. Amati, per il Sindacato Medici liberi professionisti, il dott. Garosci, rappresentante dell'Ordine, il comm. Cittadini, podestà di Poirino, condotta del dott. Calissano.

Parecchi i discorsi.

Ai due festeggiati furono offerte due medaglie d'oro, quale segno tangibile della riconoscenza dei colleghi.

La città universitaria di Parigi.

Riunirà gli studenti delle varie nazioni alla porta di Mont Souris. Scrive il « Matin » che è quasi compiuta. Ora si sta ultimando la casa belga, che potrà alloggiare 250 studenti, e si sta rapidamente lavorando al padiglione dell'Argentina, che alloggerà 170 allievi. Anche gli Stati Uniti, la Spagna, la Svizzera, l'Olanda e Cuba saranno rappresentate nella città universitaria. La più prossima inaugurazione sarà quella della casa canadense, che avrà luogo il 30 ottobre p. v. in presenza del principe di Galles e del presidente della Repubblica. Questa casa è dovuta alla generosità del sen. Wilson di Quebec.

Condanne di medici.

Si è svolto al Tribunale di Zurigo un processo intentato contro un medico generico e contro un radiologo, da parte di un paziente, il quale era stato consigliato dal primo di essi a farsi visitare da un radiologo per un'ulcera alla bocca. Lo specialista prescelto giudicò trattarsi di un'affezione maligna, contro la quale eseguì applicazioni intensive di radio; ma queste produssero lesioni tali da rendere necessaria la resezione della mandibola. Il Tribunale ha assolto il primo medico; ha condannato il secondo a circa mezzo milione di lire di ammenda, anche perchè è risultato che egli affidava la cura ad un infermiere.

* * *

Or è qualche tempo il Tribunale di Milano condannava a sei mesi di detenzione, danni e spese, con una provvisionale di lire diecimila, un medico imputato di omicidio colposo, per imperizia e negligenza, in seguito all'avvenuto decesso di un ammalato che era stato da lui curato con iniezioni di novarsenobenzolo.

Su questa condanna, che ci sembra oltremodo ingiusta, avremo occasione di ritornare.

Per la legalizzazione dell'aborto provocato in Germania.

In seno ad una Commissione del Reichstag che si occupa della riforma dei Codici, venuta in discussione la questione dell'aborto provocato, fu proposto che questo non sia più considerato come reato, quante volte sia eseguito « per opera di un medico riconosciuto dallo Stato ». La proposta è caduta con 12 voti favorevoli contro 14.

Storia della medicina.

Il dott. D. J. Davis ha tenuto al Collegio Medico dell'Università dell'Illinois, a Chicago, una serie di conferenze sulla storia della medicina, di cui l'ultima sul tema: « Contributi che i ciarlatani hanno recato alla medicina ».

Al momento di andare in macchina ci giunge inaspettata la notizia della morte repentina del prof. LUIGI LUCATELLO, direttore della Clinica Medica della R. Università di Padova.

Dell'illustre estinto diremo in uno dei prossimi numeri.

Il 6 settembre in Firenze, mentre, nel proprio studio, attendeva alle consultazioni, moriva, per aneurisma aortico, in età di a. 53 il prof. dott. MARIO NENCIONI. Laureatosi nel 1899 fu accolto fino da allora nella Clinica dermosifilopatica e nel 1911 vi conseguì la libera docenza. Lasciando nello stesso anno la Clinica fu dal. prof. Celso Pellizzari, che lo ebbe in grande stima, nominato aiuto onorario: durante la guerra tornò a prestarvi continuato servizio. Fu per concorso nominato direttore del Dispensario Celtico Comunale, carica che tuttora copriva. Indefesso lavoratore, scrupoloso nel disimpegno della sua professione, sia come medico della Clinica che come privato professionista, lascia largo rimpianto presso quanti egli assistè e confortò e presso gli amici che ne conobbero l'animo buono. L. M.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Presse Méd., 3 mar. — EM. SERGENT e P. OURY. Lobite media (tbc. del lobo medio del polm. destro). — E. BERTIN. Sifil. latente e gravid.

Arch. de Med., Cir., ecc., 21 feb. — G. MARANON e al. Glicemia e colesterinemia nella pellagra.

Rev. Méd. Lat.-Amer., gen. — G. FICHERA. Oncoterapia. — J. J. GAZZOLO. Asepsi e antisepsi in chirurgia urinaria. — J. V. JIMÉNEZ. Schemi terapeutici.

Rev. Ibero-Amer. de Cienc. Méd., feb. — E. F. SANZ. Neuropatie vasomotorie, trofiche e secretive.

Terapia Contemp., gen. — J. ALONQVIST. Trattamento continuato della sifilide. — H. KIENSCHMIDT. Meningite e puntura lombare.

Giorn. Ital. di Dermatol. e Sifil., feb. — L. TOMMASI. Cute e costituzione. — M. ARTOM. Sist. nerv. vegetat. in alcune dermatosi.

Journ. d. Prat., 6 mar. — HUDELO e al. Vaccinoterapia dell'ulcera molle.

Lancet, 13 mar. — W. BLAIR BELL. Trattam. dei tumori maligni col piombo.

Journ. Nerv. a. Ment. Dis., mar. — E. KRAEPELIN. I problemi della paralisi gener.

Deut. Med. Woch., 12 mar. — KOLLE. Prova dei preparati salvarsanici. — LEWIN. Chemoterapia dei tumori mal.

Wien. Klin. Woch., 11 mar. — LÖWENSTEIN. La vaccinaz. alla Calmette. — FINSTERER. Le ulcere « chirurgicam. inguaribili » dello stom.

Presse Méd., 6 mar. — H. ROGER. Prolusione di fisiologia.

Ann. d'Ig., feb. — G. PERGHER. Azione dell'organismo sulla vitalità dei germi espulsi attrav. le vie diger. — E. RUBERTI-FIERA. Peste a Mogadiscio nel 1924. — A. SCALA. Carica e scarica anafilattica.

Gazz. d. Osp., 7 mar. — G. CATTANI. Fremito arterioso e nevrosi.

Quaderni di Psich., gen.-feb. — Reazioni alla paraffina e bicolorate sul liquor. — G. PELLACANI. La terapia degli chocs nell'epilessia.

Amer. J. Obst. a. Gyn., feb. — A. E. HERTZLER, R. T. MORRIS. Natura dell'appendicite cronica. — M. P. RUCKER. Prolasso della placenta. — P. W. TOMBS. L'occipite posteriore.

Arch. di Antrop. crimin., ecc., nov.-dic. — R. GALANIE. Parto precipitoso. — M. PRATI. Tumori e traumi.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

Ricordiamo l'interessante pubblicazione:

Prof. dott. **LEONARDO DOMINICI**

Libero docente di Patologia Chirurgica, di Clinica Chirurgica e Medicina Operatoria nella R. Università di Roma

Compendio di Semeiotica Chirurgica

Riportiamo qui di seguito la lucida prefazione che il prof. ROBERTO ALESSANDRI si è compiaciuto scrivere per questo volume:

« Non abbondano in Italia testi di Chirurgia per « studenti e laureati, e sono invece molto diffusi fra « la scolaresca e i giovani chirurgi manuali per lo « più francesi e tedeschi.

« Abbiamo pochi buoni trattati di patologia chirur- « gica e di medicina operatoria, quasi nessuno di dia- « gnostica e di semeiotica.

« Per la diagnostica il Taddei ha cercato colmare « la lacuna, ma la sua pubblicazione non è ancora « completa.

« Di Semeiotica Chirurgica, che io sappia, non vi è « trattato italiano e per gli studenti ed anche per chi « sa, ma desidera ricordare, la mancanza è sentita. « La semeiotica è la chiave della clinica. Senza che « venga sistematizzata la ricerca dei sintomi, non si « impara ad orientarsi fra le difficoltà della diagno- « si, e vi è oggi una tendenza che purtroppo va esten- « dendosi, a trascurare la precisione dell'esame ob- « biettivo, che è tanta parte dell'indagine clinica.

« I progressi della Radiologia, l'ausilio spesso de- « cisivo che si può trarre da ricerche di laboratorio, « fanno sì che l'esame clinico vero e proprio è messo « spesso in seconda linea, ed il giudizio viene dato « su reperti forniti da altri, dai cui responsi, come su « formule matematiche, il chirurgo giura e si decide « all'intervento, condotto così a dare alla tecnica ope- « ratoria importanza prevalente.

« Ho perciò vivamente incoraggiato il Dominici a « l'improba fatica di una esposizione sistematica, « completa se pur sobria, dell'esame obbiettivo nelle « malattie chirurgiche, per rimetterlo al posto d'ono- « re che gli è dovuto nelle nostre indagini, restituir- « gli l'importanza precipua per la diagnosi.

« Come egli abbia assolto il grave compito, giudi- « cheranno gli studiosi; a me pare lodevolissimo l'in- « tento di porre in prima linea l'esame diretto meto- « dico del malato, e pur tenendo il massimo conto « delle ricerche di laboratorio e delle altre sussidiarie, « fissar saldo che esse debbono essere praticate per « completare i risultati dell'esame obiettivo, non pos- « sono sostituirlo.

« Bene perciò ha provveduto l'editore a pubblicare « questo compendio che viene ad aggiungersi agli altri « già usciti dell'ottima « Collana del Policlinico » cui « hanno collaborato parecchi fra i più valorosi dei « nostri giovani colleghi, e a cui auguro e spero che « non mancherà ancora l'ausilio di altre forze vivaci « e ben preparate, di cui fortunatamente abbondia- « mo, e che attestano la serietà e la completezza della « cultura della scuola di Roma.

ROBERTO ALESSANDRI »

Saggio delle illustrazioni:

Tumore misto della parotide sinistra.

Varici con il cosidetto « gozzo della safena » a sinistra

Un volume di pag. VIII-425 stampato su carta di lusso, in nitidissimi tipi tipografici, con 73 figure molte delle quali originali, intercalate nel testo e 4 tavole colorate, in carta americana, fuori testo.

In commercio L. **42.** Per i nostri abbonati solo L. **36,75** in porto franco.

Per ottenere subito l'opera, inviare Vaglia postale all'editore LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA.

ANNO XXXIII Roma, 4 Ottobre 1926 Fasc. 40

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

PROBLEMI DIBATTUTI.

ISTIT. DI CLIN. MEDICA GENER. DELLA R. UNIV. DI PISA
diretto dal prof. sen. G. B. QUEIROLO.

Considerazioni critiche sulla patogenesi dell'acromegalia.

Dott. SILVIO TRENTINI.

Sebbene l'acromegalia, dopo i primi casi descritti dal Verga, dal Lombroso e, successivamente, dal Marie, al quale spetta il merito di averne stabilita una entità morbosa a sè e di averle attribuito il nome, sia stata oggetto di continuo studio attraverso a numerosissime osservazioni, si può dire che questa malattia, per quanto riflette la sua patogenesi, costituisce sempre uno degli oscuri capitoli della patologia.

Ritengo superfluo illustrare qui, sia pur succintamente, il quadro clinico dell'acromegalia, quadro ormai ben noto e che per le sue caratteristiche rende, nella maggioranza dei casi, facile e sicura la diagnosi, e passo senz'altro a ricordare le principali delle molteplici teorie emesse per tentare di chiarire il momento patogenetico di questa malattia. Per semplicità classificheremo queste varie teorie in:

A) Teorie che alla funzione ipofisaria non attribuiscono nessuna importanza diretta nel determinismo del quadro morboso.

B) Teorie le quali invece considerano come primo momento, nella patogenesi dell'acromegalia, una disfunzione endocrina ipofisaria.

Fra le prime le più note sono:

1) La teoria di Klebs. Quest'autore considera l'acromegalia come una angiomatosi dovuta alla persistenza del timo: si avrebbe cioè, nel reticolo vasale dei follicoli della ghiandola, la produzione di endoteli vasali che, trasportati dalla corrente sanguigna, agiscono come angioblasti e determinano una neoproduzione vascolare in corrispondenza della quale, là dove il corso del sangue è più lento, cioè nelle estremità, ne deriverebbe un aumento di volume. A tale concetto è stato tolto qualsiasi valore sia perchè l'ipertrofia del timo nell'acromegalia non è costante, sia come fa osservare Massalongo, perchè, nello stesso tempo che non è provato che il timo sia il centro della formazione dei germi vascolari, vi sono altre manifestazioni morbose (gigantismo generale e parziale) nelle quali si nota l'ipertrofia di questa glandola endocrina senza concomitante acromegalia.

2) Teoria di Freund. L'A. fa derivare l'acromegalia da una alterazione funzionale delle glandole genitali nel periodo della pubertà; una iperfunzione di queste glandole darebbe il quadro del gigantismo e dell'acromegalia, un loro difetto di funzione invece, sarebbe causa dell'infantilismo. Il Freund poi, richiamandosi alle dottrine evoluzionistiche di Darwin, riguarda l'acromegalia come un ritorno atavico e crede di trovarne la riprova nel prognatismo e nelle deformazioni delle estremità che egli paragona con quello che si riscontra nello scheletro delle scimmie antropomorfe. Anche questa teoria però, per quanto sostenuta da Campbell e Vertraeten, fu contradetta dalla maggior parte degli autori ed in modo particolare da Massalongo il quale affermò che tale teoria non ha ragione di sussistere mancando essa addirittura di base, essendo che l'acromegalia comincia ordinariamente dopo la pubertà ed in soggetti nei quali, fino allora, le funzioni genitali non avevano presentato alcun disturbo.

3) Teoria neurotrofica. Con questa teoria si ammetteva da vari AA. (Brissaud, Meige, Reklinghausen, Dreschfeld, Panas, Lanceraux, Dalle Magne, Panzini) che l'origine dell'acromegalia risiedesse in alterazioni centrali nervose le quali, per tramite di nervi vasomotori, determinerebbero le alterazioni delle estremità. Le alterazioni dell'ipofisi, che a compendio del quadro acromegalico siamo soliti riscontrare, non sarebbero che secondarie. Osservazioni critiche relativamente a questa teoria furono fatte da vari AA. fra i quali il Cantani e Fedeli il quale fa osservare che se è vero che in varie malattie si possono avere, per influenza di alterazioni a carico del sistema nervoso, delle modificazioni riflettenti il trofismo delle ossa, della pelle, ecc. (alterazioni che si possono verificare anche in dipendenza di lesioni a carico dell'apparecchio respiratorio e circolatorio, nonchè del chimismo del fegato), è altrettanto erroneo voler risalire da queste constatazioni alla patogenesi dell'acromegalia senza tenere nel debito conto la speciale evoluzione di questa malattia, del suo complesso sintomatico, e delle particolari e caratteristiche deformazioni scheletriche.

4) Teoria dell'alterato ricambio. Molti AA. (Gauthier, Strümpell, Arnold, Vassale, Carbone, Cagnetto, ecc.) con questa teoria considerano come momento patogenetico dell'acromegalia un'alterazione del ricambio in seguito alla quale si manifesterebbero i fenomeni d'ipertrofia del tessuto osseo e dei tessuti connettivi in generale, come anche dell'ipofisi; dimodochè l'ipertrofia di questa glandola non sarebbe la causa dell'acromegalia, ma semplicemente una manifestazione specifica e ordinaria di questa malattia. Anche questa teoria però, per quanto abbia avuto dei validissimi sostenitori, pare non abbia, di fronte alla critica, molti argomenti a suo favore sia, perchè non si sa dove riporre la causa dell'alterato ricambio, sia, perchè difficile resta lo stabilire come l'alterazione dell'ipofisi possa essere soltanto secondaria quando invece, come fa osservare il Cantani, abbiamo tutti gli argomenti per ammettere secondaria l'alterazione del ricambio, in analogia a quanto siamo soliti osservare nel turbato meccanismo funzionale di altre ghiandole, ad esempio delle surrenali per il morbo di Addison e della tiroide per quello di Flaiani-Basedow. Si oppone poi a questa teoria il fatto che, in alcuni casi di acromegalia, ai sintomi acromegalici precedono i segni di tumore ipofisario.

Delle teorie dalle quali invece, per la patogenesi dell'acromegalia, viene presa in considerazione l'ipofisi, le principali sono quelle di Marie, Massalongo e Tamburini.

Marie fu il primo che mise in rapporto l'acromegalia ad una lesione dell'ipofisi e ritiene questo quadro morboso la risultante di una distrofia sistematica analoga al mixoedema, la quale avrebbe colla glandola pituitaria dei rapporti analoghi a quelli che il mixoedema e la cachessia strumipriva hanno con alcune lesioni o colla scomparsa della tiroide. Secondo il Marie, quindi, l'acromegalia sarebbe dovuta a lesioni dell'ipofisi in seguito alle quali la normale funzione di questa glandola verrebbe ad essere abolita o notevolmente limitata. Contro questa teoria che ebbe molti seguaci, specie in Francia, stanno i casi di grave alterazione o distruzione dell'ipofisi senza acromegalia, la quale non si sarebbe manifestata neppure quando queste lesioni della glandola erano dovute ad un processo molto lento. Infirmano poi questa teoria dell'ipofunzione ipofisaria i risultati così brillanti ottenuti, come è noto, mediante l'estirpazione chirurgica di tumori dell'ipofisi seguita da arresti, miglioramenti e regressioni dei sintomi obiettivi e subiettivi acromegalici. Massalongo, fatto rilevare come nell'acromegalia sia costante l'ipertrofia dell'ipofisi e frequente quella del timo, ritiene che le alterazioni acromegaliche prendano origine dalla persistenza, nella vita extrauterina, di queste due glandole fetali deputate allo sviluppo del nostro organismo; fino a che il nostro corpo è in via di sviluppo e di crescita, le deformazioni non si rendono manifeste, cosa, invece, che accade, più tardi, verso i 20 anni, quando cioè, all'epoca in cui questo sviluppo per l'evoluzione ordinaria del nostro organismo si arresta, queste due glandole non vanno incontro a l'ordinaria involuzione regressiva. Anche questa ipotesi però, regge poco alla critica perchè, come fa osservare giustamente Fichera, non si può ri-

tenere il timo come una glandola fetale dato che la sua involuzione incomincia abbastanza tardi e che la sua scomparsa avviene soltanto a sviluppo avanzato o completo; tanto meno poi si può ritenere come glandola fetale l'ipofisi, giacchè, con numerose ricerche, si è potuto stabilire che questa glandola conserva la sua normale funzione fino ad un'età anche molto avanzata.

Tamburini, contrariamente alla teoria dell'ipopituitarismo del Marie, riporta l'acromegalia ad una iperfunzione dell'ipofisi: quest'A. sarebbe poi del parere di dover distinguere nell'acromegalia due periodi: un primo periodo, caratterizzato dalle iperplasie ossee, si dovrebbe mettere in rapporto con una maggior attività da parte dell'ipofisi ipertrofica, un secondo periodo, quando sopravvengono i fenomeni cachettici, dovrebbe trovare il suo riscontro in una pervertita, minorata o abolita funzione dell'ipofisi per degenerazioni cistiche o neoplastiche di essa.

Questa teoria dell'iperpituitarismo, accettata da molti per il gran numero di casi in cui all'autopsia di acromegalici è stato riscontrato un aumento di volume dell'ipofisi, è sostenuta, ancor oggi, dalla maggior parte degli AA. Per quanto però, anche a prescindere da quello che la fisiologia ha tentato di sperimentare sulla funzione dell'ipofisi ed attenendoci al solo esame dei fatti clinici ed anatomo-patologici, la verosimiglianza di questa teoria sia abbastanza palese, non poche nè semplici furono le critiche e le obiezioni al suo riguardo.

Convinto io, per la presenza frequente nell'acromegalia, di un'alterazione anatomica e funzionale dell'ipofisi e per le recenti acquisizioni intorno al normale compito funzionale di questa glandola, del reale fondamento della teoria dell'iperpituitarismo, ho creduto di ritornare sull'argomento cercando di vedere se, e quanto, possano infirmare una simile concezione patogenetica dell'acromegalia quelle che fra le critiche e le obiezioni mosse, sono ritenute per inconfutabili. Dirò subito che oggi non si può più, a parer mio, nella patogenesi dell'acromegalia, considerare isolatamente l'ipofisi ponendo la nostra attenzione esclusivamente su di essa: esiste, fra i sintomi acromegalici, un'alterazione che si può dire costante a carico degli organi sessuali e questo fatto, sul quale parecchi AA. hanno già richiamata l'attenzione, e che io ritengo della massima importanza, non deve essere assolutamente trascurato, perchè lo impongono quelle sicure e strette correlazioni ormoniche che legano l'ipofisi alle glandole sessuali. Non solo, a parer mio, non si deve trascurare questo fatto ma davanti ad esso sarà da porsi il quesito se l'alterazione delle glandole sessuali non possa, tavolta, e non sempre come vorrebbe Stumme, anzichè una manifestazione clinica secondaria, essere il fattore determinante e la causa prima dell'ipertrofia ipofisaria e del conseguente manifestarsi del quadro morboso acromegalico. Questa evenienza credo che non si possa escludere, perchè c'induce ad ammetterla quello che di più sicuro è stato acquisito nel campo dell'endocrinologia e più precisamente nei riguardi del capitolo, ancora così complesso, delle correlazioni ormoniche interglandolari. Sono note ormai le correlazioni ormoniche che esistono fra ipofisi e glandole sessuali: all'ablazione di quest'ultime corrisponde cioè un'ipertrofia dell'ipofisi, e da qui, la conseguenza trattane, che gli ormoni sessuali servano a moderare l'attività funzionale del tessuto ipofisario.

Se dunque, in base a queste acquisizioni, che sono ritenute fra le più sicure che l'esperimento abbia dato, dobbiamo ammettere che la soppressione degli ormoni delle glandole sessuali, già completamente sviluppate, è causa di una ipertrofia ipofisaria, perchè non dobbiamo ammettere che, talvolta, in seguito a questa ipertrofia e conseguente probabile iperattività non si sviluppi il quadro dell'acromegalia da imputarsi, così, ad una primitiva alterazione delle glandole sessuali la quale invece si vuol costantemente ritenere come una manifestazione secondaria? Questa supposizione, a parer mio logica, non solo dimostrerebbe ancora una volta il reale fondamento della dottrina dell'iperpituitarismo ma tornerebbe, nel contempo, assai utile per la disamina e la discussione di quei pochi casi di acromegalia descritti, dai quali la teoria dell'iperpituitarismo si vorrebbe infirmata.

Nè questa, come vedremo, è una mera supposizione, perchè esistono casi di acromegalia o di gigantismo acromegalico nei quali trova con tutta probabilità la sua conferma nello stesso tempo che viene a togliere, come vedremo, agli oppositori della teoria dell'iperpituitarismo uno dei loro principali argomenti.

Se nella maggioranza dei casi di acromegalia, si obietta, (si noti che per maggioranza dei casi si deve ritenere in base alle ultime statistiche, il 90 %), reperto fondamentale, perchè appunto più degli altri frequente, furono alterazioni anatomopatologiche di varia natura più o meno gravi che interessavano tutta o parte dellla glandola ipofisaria, esistono tuttavia dei casi di acromegalia o di gigantismo acromegalico ove non fu riscontrata l'ipertrofia descritta nè una concomitante alterazione dell'ipofisi. Premetto che per quanto fra acromegalia e gigantismo acromegalico possano esistere, o meglio, come ha sostenuto Massalongo, esistano dei rapporti di somiglianza e di parentela patogenetica, è utile, in rapporto specialmente al-

l'epoca nella quale sogliono manifestarsi, tenerli distinti perchè l'acromegalia è una manifestazione morbosa dello scheletro già sviluppato, mentre per gigantismo acromegalico si deve, più che altro, intendere un'alterazione dello sviluppo delle ossa. Esistono dunque dei casi di acromegalia e di gigantismo acromegalico senza lesione alcuna dell'ipofisi: sono queste le osservazioni che si vogliono ritenere come irrefutabili dagli oppositori della teoria dell'iperpituitarismo. Non dico soltanto, col Fedeli, che esistono casi di morbo di Flaiani-Basedow senza gozzo e che non è strettamente necessaria l'ipertrofia, in primo tempo, a dimostrare l'aumento della secrezione interna di una glandola, ma faccio rilevare anche che questi casi possono, credo, trovare ugualmente la loro giusta interpretazione senza così infirmare menomamente la teoria dell'iperpituitarismo. Prendendo a considerare, in primo luogo, i casi di gigantismo acromegalico che sogliono manifestarsi prima ancora dell'epoca della pubertà, ritengo, come del resto è dimostrato dai casi descritti che ho potuti consultare, che ben difficilmente si sia potuto riscontrare organi sessuali normalmente funzionanti ma sempre invece colla caratteristica delle note dell'infantilismo. Se noi ora pensiamo che questi fenomeni dell'alta statura si possono ottenere anche artificialmente in seguito all'ablazione delle glandole sessuali, quando non perdiamo di vista i rapporti ormonici ipofisi-glandole sessuali, e quello che è precipua funzione dell'a ipofisi stessa sullo sviluppo dello scheletro, possiamo logicamente ammettere che il fenomeno « macrosomia » sia venuto ad istituirsi o per una disfunzione ipofisaria vera e propria che ha impedito per stimolo magari quantitativamente abnorme il normale differenziamento degli organi sessuali, o perchè in seguito ad una mancata differenzazione delle glandole sessuali, già prestabilita nell'embrione, è venuto a mancare il freno alla normale attività dell'ipofisi la quale, in queste condizioni, ha potuto provocare un più attivo ricambio, migliorando ed esagerando le condizioni di nutrizione, di sviluppo e di accrescimento dei vari organi e tessuti. Nel primo caso quindi è da aspettarsi, con tutta probabilità, un'ipofisi ipertrofica o comunque alterata nel suo complesso architettonico con modificazioni magari nella struttura e nei rapporti dei singoli elementi in base alle quali, fin dalla nascita, si è stabilita una iperfunzione ed un eccesso di stimoli che portarono ad una inibizione trofica e funzionale delle glandole sessuali, mentre nel secondo, quando cioè le glandole sessuali sono rimaste congenitamente indifferenziate, non ritengo che fosse stato necessario il reperto di una ipertrofia o di una alterazione qualsiasi dell'ipofisi per sostenere la teoria dell'iperpituitarismo: forse, invece, non ci dovrebbe meravigliare il fatto di trovare la glandola completamente integra; mancando, con l'alterazione congenita delle glandole sessuali, un freno, forse il maggiore, all'attività funzionale dell'ipofisi, non occorreva più una sua ipertrofia perchè si determinasse una sua iperfunzione: quest'ultima si era venuta, diremo così, fisiologicamente stabilendo e a questa maggior quantità di stimolo che doveva essere devoluta allo sviluppo delle glandole sessuali, ha corrisposto ugualmente uno sviluppo scheletrico e somatico esagerato senza che si fosse resa necessaria o un'alterazione od anche una semplice iperplasia della glandola ipofisaria, alla stessa guisa che, questa ipertrofia dell'ipofisi non si stabilisce neppure nell'animale castrato, quando l'ablazione delle glandole sessuali sia stata praticata in assai tenera età. Ecco dunque che nei casi di gigantismo acromegalico sia che si rinvenga come no, un'ipertrofia o alterazione dell'ipofisi, la teoria dell'iperpituitarismo potrebbe trovare ugualmente la sua ragion d'essere quando si voglia ammettere l'importanza di una primitiva alterazione delle glandole sessuali nel determinismo di questo quadro morboso. E a questo proposito prendiamo a considerare un caso illustrato da Sotti e Sarteschi: si tratta di un gigante acromegalico di 76 anni con infantilismo sessuale, senza note di evidente senilità psichica, nel quale l'abnorme sviluppo somatico sarebbe incominciato in un'epoca anteriore al periodo della pubertà, venuto a morte, improvvisamente, senza cause apprezzabili. Nessuna alterazione macroscopica nè microscopica si è potuta rilevare a carico dell'ipofisi se si eccettui un'agenesia invece, del sistema ipofisario-accessorio. L'illustrazione di questo caso se in un primo tempo sembra infirmare assai la dottrina dell'iperpituitarismo, mi pare tornì utile invece per ammettere che simili quadri morbosi possono essere determinati da una primitiva alterazione delle glandole sessuali. Dovrebbe essere appunto uno di quei casi dove l'indifferenziamento congenito dell'apparato sessuale avrebbe causato il quadro morboso illustrato dagli AA. i quali invece, per spiegarne la patogenesi, tendono ad avvicinarsi alla concezione del creatore del quadro morboso, il Marie, che mette in rapporto l'acromegalia con una deficiente funzione dell'ipofisi. Non so però con questa concezione, come si possano interpretare i casi di nanismo che si possono ottenere sperimentalmente, casi imputabili ad una deficiente funzione ipofisaria, nè mi so capacitare come si possano trarre le conclusioni alle quali sono giunti questi AA., quando si pensi che l'ipofisi presiede allo sviluppo dello scheletro, sviluppo che quando è esagerato, come nel caso che stiamo ora trattando, dovrebbe

implicare, logicamente, non una ipofunzione ma bensì una iperattività funzionale della glandola pituitaria.

Ma, mi si potrebbe obiettare, se il gigantismo o l'acromegalia sono dovuti ad una iperattività funzionale dell'ipofisi perchè questi quadri morbosi non si manifestano in seguito alla castrazione sia prepubere che nell'età adulta, castrazione alla quale si ammette consegua un'ipertrofia dell'ipofisi? L'esperimento e le osservazioni a questo riguardo hanno sempre dato esito negativo: conseguenza della castrazione è, si potrebbe aggiungere, uno sviluppo esagerato in lunghezza dello scheletro, ma questa crescita non è mai gigantesca, senza contare che molti giganti hanno il tronco e il capo relativamente abbastanza sviluppati rispetto agli arti, mentre la caratteristica dello scheletro dei castrati è la grande prevalenza dello sviluppo degli arti su quello del tronco e del capo: per quanto poi riguarda l'acromegalia mi si potrebbe obiettare ancora, che le alterazioni scheletriche che si riscontrano in questo stato morboso sono del tutto diverse ed anche in senso opposto rispetto a quelle del castrato. Sono obiezioni queste che se a tutta prima sembrano togliere ogni probabilità alla dottrina dell'iperpituitarismo, a mio modo di vedere non hanno tutta l'importanza che sembrerebbe in quantochè è erroneo voler confrontare sia gli effetti che conseguono alla castrazione praticata prima della pubertà con quelli che conseguono alla castrazione praticata nell'età adulta (due epoche dello sviluppo dell'organismo assolutamente diverse nelle quali rispettivamente ben diverso è e deve essere lo stato di altre glandole a secrezione interna, come ad esempio il timo, sia gli effetti della completa soppressione delle glandole genitali provocata artificialmente, con quelli di una deficiente funzione di queste glandole prodotta da processi morbosi spontanei: in una parola non si può nè si deve, credo, come fa osservare Pende, considerare unitamente la sindrome da castrazione completa e quella che può seguire ad una ipofunzione del testicolo e dell'ovaio. Il dire poi che le alterazioni scheletriche dell'acromegalia sono del tutto diverse ed anche sviluppate in senso opposto rispetto a quelle del castrato non costituisce di per sè un'obiezione: si tratta di due fenomeni completamente diversi dei quali il primo, l'acromegalia vera, sta a rappresentare un'alterazione dello scheletro già sviluppato, mentre nel secondo caso si tratta di un'alterazione di sviluppo dello scheletro stesso. È evidente che in un organismo che ha raggiunto il suo completo sviluppo nel quale quelle modificazioni persistenti ereditarie hanno raggiunto il loro carattere di fissità, il saldamento dell'epifisi inferiore del corpo debba essere già avvenuto, quindi lo scheletro non è più suscettibile di aumento in lunghezza: non altrettanto si può dire invece di alcune ossa del cranio nelle quali, esistendo sempre fino ad una certa età uno stato fibroso che funziona come la cartilagine epifisaria in un osso lungo, saranno suscettibili ancora di un'ulteriore ossificazione come del resto tutti quei punti delle ossa ove l'ossificazione è prevalentemente periostale.

E veniamo ora a trattare dell'acromegalia vera che si manifesta solo nell'età adulta, quando l'organismo ha raggiunto il suo completo sviluppo: anche in questa, come nel gigantismo acromegalico, gli oppositori della teoria dell'iperpituitarismo si richiamano ai casi di acromegalia nei quali non solo l'ipofisi può essere integra ma anche interessata da processi di sclerosi e di metamorfosi cistica che certamente, dicono, non possono anatomicamente considerarsi come l'esponente di uno stato di iperfunzione. Non intendo ridire qui, esclusivamente, come fa rilevare il Cantani, che i casi di acromegalia senza lesione dell'ipofisi siano molto dubbi per il fatto che di molti manca l'esame istologico dell'ipofisi e perchè alcuni casi di acromegalia sono stati confusi con osteoartropatie di altra natura, o con siringomielie, o per l'altro fatto ancora che non fu tenuto conto alcuno dello stato del tessuto ipofisario accessorio col quale va devoluta una funzione vicariante ed eventualmente compensatrice dell'ipofisi cerebrale lesa: io ammetto anzi che questa evenienza di acromegalia senza lesioni ipofisarie sia possibile.

Di questi casi ne sono stati illustrati anche recentemente, casi i quali richiedono la loro giusta interpretazione che credo possano trovare, avvalorando nello stesso tempo la teoria dell'iperpituitarismo, quando si voglia ammettere come causa determinante dell'acromegalia anche una primitiva alterazione delle glandole sessuali. Quando in un individuo adulto venga ad essere alterato o soppresso il normale funzionamento delle glandole sessuali, abbiamo visto conseguire un'ipertrofia funzionale dell'ipofisi: a questa iperattività della glandola, sempre in riferimento all'influenza dell'ipofisi sull'ossificazione, potrà, almeno in qualche caso, tener dietro il manifestarsi dell'acromegalia; ora, quando in casi come questi andiamo a constatare, magari alla distanza di parecchi anni dalla comparsa della malattia, lo stato dell'ipofisi, non mi sembra che ci dovesse meravigliare il fatto di trovarla integra e magari atrofica o interessata da processi di metamorfosi cistica. L'ipertrofia e l'iperattività funzionale della glandola che in un primo tempo si è stabilita col cessare della normale funzione sessuale, può, in un periodo più tardivo, non solo presentare i

caratteri macroscopici ed istologici di una glandola normale, ma anche fatti involutivi e di regressione. Supponiamo, mi si potrebbe obiettare a questo punto, che questa ipotesi sia la vera, ma allora ben raramente un'alterazione delle glandole sessuali potrebbe intervenire, in un primo tempo, a determinare il quadro acromegalico, perchè questi casi di acromegalia con ipofisi normale sono l'eccezione di fronte a quelli nei quali si è riscontrato un tumore dell'ipofisi, la comparsa del quale non può essere messa certamente in rapporto ad una primitiva alterazione delle glandole sessuali. Che ad una primitiva disfunzione ipofisaria spetti una maggiore importanza di fronte a quella delle glandole sessuali nel determinismo dell'acromegalia è fuori dubbio, ma non si può, credo, d'altra parte negare recisamente che possano darsi dei casi in cui anche in seguito ad una primitiva alterazione delle glandole sessuali, possa, l'ipofisi, dopo la fase ipertrofica ed iperplasica, subire, eventualmente, una trasformazione neoplastica dei suoi elementi; questo è verosimile avvenga quando noi pensiamo che, data la frequenza colla quale in individui oltre i 40 anni siamo soliti riscontrare dei piccoli nodi adenomatosi nella ghiandola normale, sembra esistere, direi quasi, una predisposizione dell'ipofisi alle neoformazioni.

Non mancano casi del resto molto suggestivi i quali oltre dimostrare che con tutta probabilità l'acromegalia è talvolta in rapporto ad una primitiva alterazione delle glandole sessuali, lasciano intravedere che la possibilità della trasformazione neoplastica degli elementi ipofisari dopo un primo periodo di ipertrofia ed iperplasia, susseguito all'alterazione delle stesse glandole sessuali, non è sempre da escludersi. Consideriamo ad esempio uno dei casi illustrati da Cagnetto, il caso Ponchia: si tratta di una donna dell'età di 57 anni nella quale erano scomparse le mestruazioni all'età di 27 anni. Da quell'epoca, senza altri disturbi concomitanti, la faccia aveva cominciato ad alterarsi e soltanto 7 anni dopo cominciò ad accusare cefalea la quale si fece sempre più intensa. Voler pensare che in questo caso si sia istituito primitivamente un processo neoplastico dell'ipofisi al quale, per stimolo ormonico qualitativamente o quantitativamente abnorme, abbia tenuto dietro una distrofia funzionale degli organi sessuali, mi sembra poco verosimile, in quanto che, se prima e assai precoce manifestazione clinica di un ingrossamento ipofisario è la cefalea, questa, molto verosimilmente, avrebbe dovuto precedere la comparsa delle manifestazioni acromegaliche e non comparire alla distanza di 7 anni, tanto più che il manifestarsi simultaneo delle alterazioni dello scheletro e la mancata funzione sessuale, dovevano implicare, fin dall'inizio, se ad una primitiva alterazione neoplastica dell'ipofisi ci vogliamo riferire, un volume della glandola di una certa entità. Esistono in questo caso altri dati assai interessanti per farci ritenere, con una certa attendiblità, che il quadro morboso si deve riferire ad una primitiva alterazione delle glandole sessuali: in questa donna all'età di 46 anni ricomparvero le mestruazioni che durarono per circa due anni con intercorrenze regolari e nel contempo, con questo risveglio dell'attività sessuale, scomparve completamente anche la cefalea.

Evidentemente bisogna ammettere che una relazione fra la manifestazione clinica, lo stato dell'ipofisi e quello delle glandole sessuali, doveva esistere in questa donna. Dove e quale il primo movente del quadro morboso? Supponiamo, per quanto le considerazioni fatte antecedentemente nei riguardi della cefalea ce l'abbiano fatto escludere, che una primitiva alterazione abbia interessata l'ipofisi, alterazione alla quale, per stimolo ormonico sia qualitativamente o, più facile, quantitativamente abnorme, abbia tenuto dietro in un secondo tempo, l'alterazione delle glandole sessuali: con questa supposizione però noi veniamo, molto probabilmente, a sostenere un assurdo, perchè se una maggiore quantità di stimolo ipofisario si è stabilita fin dall'inizio, quando mancava ogni sintoma di aumentato volume dell'ipofisi, a maggior ragione questo doveva avvenire in una epoca più avanzata quando, ai sintomi dell'ingrandimento ipofisario, doveva corrispondere uno stimolo ormonico di questa glandola di gran lunga maggiore e quindi sempre meno adatto alla funzione sessuale la quale invece si è, in questo periodo, ristabilita. Si sarebbe potuto pensare ad una regressione delle alterazioni ipofisarie con sensibile riduzione del suo stimolo ormonico e conseguente ripresa della funzione sessuale, ma questo ce lo fa, con una certa attendibilità, escludere il progredire dei sintomi acromegalici e forse anche la ricomparsa della cefalea dopo che erano cessate le mestruazioni, il che ci dimostra, per quanto all'autopsia il tumore dell'ipofisi presentasse assai scarsi elementi funzionanti, che non per modificazioni intrinseche dell'ipofisi la funzione sessuale si era ristabilita, ma che essa, direttamente, col suo ricomparire spontaneo, aveva esercitata sullo stato dell'ipofisi la sua influenza.

Ma, mi si dirà, se la funzione sessuale che si vuole abbia in secondo tempo determinate le alterazioni funzionali e strutturali dell'ipofisi era cessata fin dall'età di 27 anni, come e per quali ragioni ha potuto riprendere in un periodo così tardivo quando l'ammalata aveva già 46 anni?

Questo si spiega facilmente quando si pensi che la funzione sessuale si venne a ristabilire all'età che, nella donna, corrisponde all'epoca del climaterio quando cioè l'ovaio presenta un'ultima ed intensa poussée funzionale. Verosimilmente quindi l'ovaio in questa donna avrà ritrovata la sua normale funzione in quest'ultimo eccitamento della sua attività funzionale, eccitamento che talora può essere così accentuato da portare, come è noto, ad una ipersensibilità dei genitali esterni, ad una tumefazione ed ipersensibilità delle mammelle e ad un aumento esagerato del senso genitale (Pende). È stata dunque quest'ultima, intensa poussée funzionale dell'ovaio che ha potuto esercitare la sua influenza sullo stato dell'ipofisi, alla stessa guisa che una sua primitiva disfunzione, o ipofunzione, ha causato l'alterazione stessa dell'ipofisi e la conseguente comparsa dell'acromegalia.

Interpretati così i casi di acromegalia con ipofisi inalterata o interessata da processi che anatomicamente non possono essere considerati come l'esponente di uno stato di iperfunzione della glandola, rimangono sempre da spiegarsi, direbbero gli oppositori della teoria dell'iperpituitarismo, non solo quei casi di acromegalia nei quali il tumore dell'ipofisi non rivela, microscopicamente, a carico delle sue cellule, quei caratteri chimici e morfologici che sono propri delle cellule ipofisarie funzionanti, ma anche quei tumori ipofisari a tipo strumoso i quali, per quanto ben provvisti di cellule funzionanti cromofile, non sono accompagnati dai sintomi classici dell'acromegalia.

Riguardo all'esistenza dell'acromegalia con tumore dell'ipofisi privo di elementi che ricordino le cellule cromofile funzionanti è oltremodo difficile, credo, e questa difficoltà è prospettata anche da Cagnetto, lo stabilire senz'altro che gli elementi che compongono il tumore sono da considerarsi come inattivi, giacchè il semplice fatto che a loro carico non si possano mettere in evidenza quei caratteri che contraddistinguono g'i elementi funzionanti, non può senz'altro escludere che ad essi spetti ancora qualche compito funzionale. Si aggiunga poi che, in questi casi, di altre circostanze ancora si dovrebbe tener conto come quella importantissima dell'epoca nella quale il quadro morboso si è determinato; in quantochè non possiamo noi escludere che il tumore possa, in un primo tempo, essere stato costituito da elementi veramente tipici i quali, in un periodo più inoltrato, sono andati perdendo quei caratteri sia chimici che morfologici che di solito presentano le cellule in piena attività funzionale.

Che, infine, la teoria dell'iperpituitarismo possa essere infirmata da quei casi in cui l'esistenza di una neoplasia ipofisaria a tipo strumoso, ben provvista di cellule funzionanti, non è accompagnata dalle classiche manifestazioni acromegaliche, non lo credo: in quanto che può essere benissimo che non in tutti gli organismi una esagerata funzione dell'ipofisi possa bastare ed essere sufficiente a determinare l'acromegalia; e questo in virtù di quelle peculiarità individuali caratteristiche di ogni organismo. È ovvio poi che si debba tener conto, anche in questi casi, dell'epoca in cui venne a morte il paziente, morte che tante volte può essere dovuta a malattie intercorrenti o, come qualche volta è accaduto, a suicidio, eventualità queste che possono adombrare non poco la interpretazione di eventuali alterazioni ipofisarie senza acromegalia, alterazioni che, in un periodo più tardivo, avrebbero potuto dar luogo al manifestarsi del quadro morboso.

Sono queste circostanze di tempo che dovrebbero essere tenute in gran conto anche quando si voglia asserire che esistono casi di acromegalia con funzione sessuale integra mentre una sua distrofia « ne è la regola »: che tale evenienza possa essere possibile per disposizione naturale organica è logico ammetterlo, ma non si deve escludere, che, tante volte, se fatti intercorrenti non avessero causato il decesso, la funzione sessuale sarebbe venuta a mancare in un periodo più tardivo della malattia giacchè sono descritti casi in cui la funzione sessuale è venuta a mancare dopo nove o dieci anni, ed anche più, dacchè era comparsa la cefalea e la sindrome acromegalica.

Da quanto sono venuto dicendo mi pare si possano trarre le seguenti conclusioni:

1) Nel determinismo del quadro sintomatico dell'acromegalia emerge in modo assai manifesto l'importanza di una iperfunzione ipofisaria;

2) L'iperfunzione dell'ipofisi nell'acromegalia se, il più delle volte, viene ad istituirsi in seguito ad una intrinseca alterazione anatomica e funzionale della glandola, può essere anche la manifestazione di una primitiva alterazione della funzione sessuale, la quale, in questi casi, va considerata come causa prima della malattia e non come manifestazione clinica secondaria di essa.

BIBLIOGRAFIA.

Della vasta letteratura dell'argomento cito, per brevità, soltanto i lavori che mi furono maggiormente utili per la redazione della presente nota.

BENDA. Deutsche Mediz. Woch., 1901, e Deutsche Klinik., 1903.

CAGNETTO. Virchow's Arch. f. patolog. Anatomie, Bd. 176-187, 1904.

ID. Arch. per le Scienze Med., 1907.

CANTANI. La Clinica Medica Italiana, 1911.
FEDELI. Il Tommasi, 1912.
FICHERA. Il Policlinico, vol. XII-C., 1905.
FRANCHINI. Riv. Sperim. di Freniatria, 1907.
MARIE P. Revue de Médecine, 1886.
ID. Progrès Médical, 1889.
MASSALONGO. Riforma Medica, 1891.
MESSEDAGLIA. *Studi sull'acromegalia.* Padova, Prosperini, 1908.
PEPERE. *Anatomia patologica delle ghiandole a secrezione interna.* Un. Tip.-Editr. Torinese, 1922.
QUEIROLO. *Lezioni di Clinica Medica e Lavori Sperimentali.* Pisa, 1901-1904.
SARTESCHI. Riv. It. di Neuropat., Psich. ed Elettroterapia, 1911.
SOTTI e SARTESCHI. Arch. per le Scienze Med., 1911.
STUMME. Langenbeck's Arch., 1908.
TAMBURINI. Rivista Sperim. di Freniatria, XX, 1894.
ID. La Riforma Medica, 1894.
VASSALE. *L'ipofisi nel mixoedema e nell'acromegalia.* Tip. Calderini, 1902, Reggio Emilia.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

CLINICA OTO-RINO-LARINGOIATRICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. GUGLIELMO BILANCIONI

Decorso anomalo di un carcinoma della regione mastoidea, secondario a radicale per otite media purulenta cronica, in donna contagiata di lue.

Dott. GIUSEPPE ZANNI, assistente.

Emma C. in B., di Attilio, di a. 40.

Genitori viventi e sani: la madre è affetta da mal di cuore; il padre ha 72 anni e gode buona salute. Di sette fratelli della paziente, cinque stanno bene: una sorella è morta di tubercolosi polmonare e pleurite essudativa a 24 anni; un fratello è morto a 36 anni per sarcoma (così riferiscono i parenti dell'ammalata) della regione scapolare destra.

L'inferma ha sempre goduto buona salute fino a 16 anni, epoca nella quale ammalò di otite media purulenta sinistra. La suppurazione auricolare, a intervalli cessava e ricompariva. Nel 1909 venne contagiata di lue, dal marito: si è curata a lungo e con insistenza fino dai primi giorni dell'infezione, ma in modo irregolare.

Ha avuto due gravidanze normali: le due figlie godono buona salute: ad esse non vennero mai praticate cure antiluetiche, avendo presentato la Wassermann sempre negativa. Non ha avuto aborti.

Nel 1918, durante l'epidemia influenzale, ammalò di polmonite: le residuò un vizio cardiaco.

Abbiamo accennato alla suppurazione dell'orecchio sinistro ed ai suoi caratteri, comuni del resto a gran parte delle otiti medie che per un vario periodo di tempo possono, pure mantenendosi attive, non dare disturbi gravi: infatti in questo caso la suppurazione era scarsa e mancava di solito il dolore; non esistevano perciò i due sintomi, che d'ordinario richiamano l'attenzione di coloro che ne sono affetti e che solo per essi si preoccupano del loro disturbo.

Nel novembre 1924, dopo un acuto raffreddore, i disturbi dell'orecchio sin. cominciarono a manifestarsi intensi.

Lo scolo purulento si accentuò; esso era cremoso, denso, fetido, misto a squame colesteatomatose. La parete postero-superiore del condotto era abbassata. La membrana timpanica nella parte tesa era distrutta e lasciava scorgere delle granulazioni che provenivano dal *tegmen timpani* e dalle pareti della cassa. Non traccia di martello.

La paziente era depressa nelle forze, aveva cefalèa a tipo emicranico sinistro, dolenzia vivace sulla regione mastoidea, senso di confusione, rumori endotici, sovente vertigini. Fu deciso l'intervento di Stacke, che venne eseguito nella Clinica otoiatrica di Roma (prof. Bilancioni).

All'operazione, eseguita in massima parte sotto anestesia locale e completata sotto anestesia generale morfi-eterea, si constatarono come fatti interessanti un colesteatoma dell'attico con interessamento delle pareti ossee, dell'*aditus ad antrum* del muro della loggetta, della parete labirintica. Fu praticata una radicale ampia, che mise allo scoperto tutti i tessuti malati e la cavità venne regolarizzata in ogni suo meandro. Raggiunta la dura, essa apparve coperta da abbondanti granulazioni e si vide che il seno laterale aveva perso la sua lucentezza normale. Per quanto il seno sia stato largamente messo allo scoperto, non si vide pulsare.

Alle prime medicazioni notammo il regolare procedimento della ferita operatoria che presentava buone granulazioni.

Come materiale di medicazione non adoperammo, come di solito, garza iodoformica, alla quale la paziente aveva reagito con un forte eritema attorno alla ferita, ma si usò semplice garza sterile.

Dopo il secondo mese dall'intervento, la ferita retro-auricolare tendeva a chiudersi rapidamente: per questo abbiamo zaffato con garza più serrata, ma poichè neanche in questo modo si riuscirono a frenare alcune granulazioni esuberanti, le causticammo con nitrato d'argento. In seguito le medicazioni furono praticate giornalmente e spesso si ripeterono due volte nella stessa giornata, perchè la secrezione era abbondante e piuttosto fetida. Esse riuscivano assai fastidiose per l'acuto dolore che procuravano all'inferma; si notava saltuariamente del sangue che usciva da un vasellino della cute, in corrispondenza della parete postero-superiore della ferita retro-auricolare.

La fonte dell'emorragia era così bene individualizzabile, che un collega tentò persino di chiudere il vaso mediante una pinza a pressione.

Intanto comparve un dolore, a tipo irregolare, che si irradiava a tutta la metà sinistra del capo e che procurava forti sofferenze alla paziente.

Nel maggio (dopo 6 mesi dall'operazione) si presentò improvvisamente la paralisi del facciale dello stesso lato. La temperatura spesso era sui 37,5.

Questo procedere assai poco regolare della ferita operatoria, dato che non poteva essere attribuito a medicature mal fatte, poichè erano affidate a mani esperte, cominciò a insospettire che si trattasse di un fatto specifico, specialmente dopo la paralisi del facciale, e poichè l'inferma era

luetica, si eseguì la Wassermann, che riuscì negativa. Tuttavia si praticarono alcune iniezioni di calomelano. Non si ebbe da questo medicamento alcuna miglioria nè nella paralisi del facciale che non si modificò per alcuni mesi, nè sulle condizioni locali della ferita, che continuava a gemere sangue durante le medicazioni, sempre in maggiore quantità. Va notato per altro che qualche volta il sangue non usciva affatto.

Persistente il dolore alla metà sin. del capo. Mentre si pensava ad un nuovo intervento operatorio si notò che la paralisi del settimo tendeva a migliorare, sino quasi a scomparire (metà di settembre). Con la scomparsa di questa paresi, cominciò un discreto edema che dai dintorni della ferita si estendeva in avanti sino alla regione zigomatica e indietro alla squama dell'occipitale. Caratteristica di questo edema era la rapida insorgenza e la conseguente diminuzione sino quasi a scomparire, saltuariamente e senza causa apprezzabile.

Le condizioni generali dell'inferma, quantunque soggetta a forti dolori, si mantennero tuttavia abbastanza buone. Non si palpava alcun ganglio infiltrato nè alla regione sottomascellare nè a quelle laterali del collo. Anche la regione occipitale era libera da glandole.

Dato il carattere strano della lesione si prelevarono alcune granulazioni della cassa timpanica, per un esame istologico, il quale non ha rivelato alcuna alterazione speciale della lesione (25 settembre).

Alcuni giorni prima del suo ingresso in questa clinica, dove è entrata il 9 novembre, svegliandosi una mattina si avvide che era diventata rauca: non poteva più parlare, anche sforzandosi, a voce normale, e sempre con grande fatica. Non vi erano nel timbro della voce differenze apprezzabili nelle varie ore della giornata.

Quando è entrata in clinica, la lesione auricolare presentava un netto carattere infiltrativo; entro la ferita retroauricolare si notarono delle masse granuleggianti fungose, sanguinanti, bagnate da secrezione lurida, grigiastra, di odore nauseante, con edema infiltrativo circoscritto. Non si notarono tuttavia, anche a un attento esame, gangli ingrossati nelle regioni limitrofe. Si prelevarono alcune di queste masse fungose per una biopsia.

All'esame istologico si nota che questi frammenti sono formati da connettivo giovane, ricco di vasi (tessuto di granulazione) disposto a travate irregolari, delimitanti spazî di forma e grandezza variabili, nei quali si constata la presenza di cordoni di natura epiteliale. Le travate connettive si presentano di frequente interrotte o da accumuli di cellule d'infiltrazione infiammatoria — costituita per la massima parte da forme leucocitarie più o meno alterate — o da forme a tipo linfoide — o da accumuli di cellule di forma ovoidale — a protoplasma omogeneo, provvisto di nucleo sferico, il quale è posto eccentricamente nella massa protoplasmatica e presenta la cromatina disposta a guisa di raggi di ruota (plasmacellule).

I cordoni epiteliali hanno forma e dimensioni varie e si presentano costituiti di elementi epiteliali con protoplasma abbondante e con nucleo pressochè sferico, e nell'insieme ricordano l'aspetto e la disposizione delle cellule dello strato basale dell'epidermide. Gli elementi epiteliali in certi punti appaiono di forma e volume molto vari in quanto che mentre alcuni conservano nella forma e nelle dimensioni l'aspetto tipico di quelli dello strato basale dell'epidermide, altri si mostrano costituiti di nucleo voluminoso, ricco di cromatina con scarsissima massa protoplasmatica, e altri ancora presentano una massa protoplasmatica piuttosto voluminosa e un nucleo ridotto a pochi granuli di cromatina (picnosi).

In alcune sezioni si constata la presenza nelle cellule dei cordoni epiteliali di numerose forme cariocinetiche, di aspetto fortemente atipico, nel senso che alcune sono pluripolari, altre mostrano un'irregolare distribuzione dei cromosomi nei due fusi, altre presentano un'ipercromatosi e una ipocromatosi. Alcuni dei detti cordoni epiteliali manifestano una struttura costituita omogeneamente dagli elementi che ho rapidamente descritti, altri invece (e in certe sezioni questi sono i più numerosi) presentano nel loro spessore delle zone formate da accumuli di elementi d'infiltrazione infiammatoria, che in certi punti si sostituiscono completamente agli elementi epiteliali; altri mostrano un'infiltrazione leucocitaria diffusa negli interstizi dei singoli elementi; altri ancora presentano nel loro decorso delle zone costituite da materiale amorfo, leggermente basofilo, con numerosi granuli fortemente tingibili dai colori (necrosi).

È degno di nota il fatto che alcune perle epiteliali del tumore vengono invase dall'infiltrazione leucocitaria, di origine flogistica, proveniente dalla infiammazione delle parti superficiali del neoplasma.

All'esame laringoscopico si notava: voce ricorrenziale. Paralisi completa della metà sin. della laringe. Leggero edema a superficie irregolare della plica ari-epiglottica e glosso-epiglottica di sin., in guisa da avere un sollevamento della vallecola e un aspetto come se esistesse al disotto della mucosa qualcosa che protuberasse.

L'esame radioscopico del torace rilevò l'ombra cardiomediastinica enormemente ingrandita. Questo ingrandimento in parte è dovuto all'ombra del cuore, più grande di quanto normalmente si osservi, ma specialmente a un notevole infiltrato dei due ilî. L'opacità ilare risalta bene su l'ombra cardiaca a destra; a sinistra quasi si confonde. Nella zona ilare, da ambo le parti, si notano zone rotondeggianti più opache, come se fossero glandole o noduli infiltrati. Le arborizzazioni e le marezzature polmonari sono molto più intense e marcate del consueto in tutti due i polmoni; specie nei lobi superiori si notano dei noduli d'infiltrazione opachi.

Esposti così dati anamnestici ed esame obiettivo, ci limitiamo a fare delle brevi considerazioni. Si tratta dunque di una donna di media età, a tipo linfatico, luetica, sofferente di un'affezione cardio-renale, otitica cronica da 25 anni circa, operata di radicale. Il decorso post-operatorio si svolge dapprima senza alcun fatto saliente; è poi segnato dall'apparire di una paralisi del facciale e da vertigini: indizio del progredire del processo carioso verso la parete labirintica. Questa complicazione è poi dileguata ma frattanto le sofferen-

FIG. 3. — Zona di infiltrazione flogistica entro la neoproduzione epiteliale.
(E. LEITZ. Ocul. 2 b; obiet. 6; tubo a 16).

FIG. 4. — Perla epiteliale del tumore.
(E. LEITZ. Ocul. 2 b; obiet. 6).

ze subiettive dell'inferma si acuivano. Apparvero dei dolori lancinanti che si irradiavano dalla ferita la quale era di cattivo aspetto, facilmente sanguinante, bagnata da pus fetido e sanioso. Come ultimo fatto apparve una tumefazione che comprendeva la breccia retro-auricolare e un tratto della regione al disopra del padiglione, dolente spontaneamente e alla pressione, mentre il facciale di sinistra funzionava regolarmente e mancavano i segni di irritazione labirintica. Potevamo noi essere autorizzati in questo caso a diagnosticare un tumore carcinomatoso?

A dire il vero, quando, dopo alcuni mesi dall'operazione, constatammo l'andamento poco soddisfacente della ferita operatoria, specie dopo la paralisi del settimo, sorse in noi il dubbio che qualche complicanza fosse sopraggiunta nel processo morboso e trovandoci di fronte ad una luetica, per quanto curata, pensammo che si dovesse attribuire a nuove manifestazioni della lue la sintomatologia che essa presentava.

Per quanto la Wassermann fosse riuscita negativa, iniziammo una cura specifica intensa, ma senza risultati. Scartata la lue, non pensammo alla tubercolosi per lo stato generale della paziente, perchè l'insorgenza e il decorso del male non ci sembrarono tali da far sospettare una lesione tubercolare. Fermò invece per qualche tempo la nostra attenzione la possibilità si trattasse di un sarcoma. Esistevano infatti alcune granulazioni esuberanti, emorragie, paralisi del facciale, dolori intensi.

Non pensammo invero che si trattasse di un carcinoma, data la mancanza di glandole infiltrate alle pareti laterali del collo, alla regione occipitale e sottomascellare; quando poi assistemmo al lento regredire della paralisi del facciale, si allontanò dalla nostra mente anche l'ipotesi di un sarcoma. Non è infatti caratteristica di questi tumori maligni il rapido crescimento e l'invasione infiltrativa dei tessuti e degli organi vicini? Nel nostro caso, con la scomparsa della paralisi del settimo non era stato compromesso nemmeno l'orecchio interno. Anche lo stato generale della paziente non era a favore di tale diagnosi. D'altra parte anche il primo esame istologico praticato non era favorevole ad una diagnosi di tumore maligno.

Ecco perchè, confortati dall'andamento clinico e dalle ricerche di laboratorio, rimaneva dubbia la diagnosi di tumore maligno in genere e in particolare di cancro; mentre poi l'aspetto delle granulazioni asportate ampiamente in un secondo intervento, dimostrarono già clinicamente all'atto operatorio trattarsi di un *tumor mali moris*, che l'esame istologico identificò in un carcinoma.

Questo speciale comportamento del tumore fa supporre che esso sia insorto in secondo tempo sulla regione mastoidea; e però che non sia riferibile ad esso la comparsa della lesione del VII paio. Rimane adunque sempre ardua l'interpretazione sull'andamento precedente della ferita retroauricolare.

Un'altra considerazione interessante, che pure rivela la stranezza del caso in esame, è quella che riguarda la lesione laringea e toracica. L'indagine radiografica ha rilevato una profonda alterazione del mediastino, con ogni probabilità riferibile a una invasione secondaria del carcinoma insorto sulla regione mastoidea.

Tuttavia questa lesione toracica, così diffusa, non aveva attirato nè l'attenzione dell'inferma, che non ha mai avvertito disturbi in proposito, nè la nostra per la mancanza di una sintomatologia speciale e per lo stato generale, non certo scadente, della paziente. Solo in seguito alla partecipazione del ricorrente ci siamo resi conto delle condizioni toraciche dell'inferma.

*
* *

Il decorso clinico del caso descritto, così vario nella sua sintomatologia, se sta a dimostrare come qualche volta certi errori di diagnosi possano essere giustificati, richiama la nostra attenzione sulla multiforme attività dei tumori maligni, i quali, pur mantenendosi per lo più uguali nel loro significato prognostico, talora presentano difficoltà diagnostiche gravi, perchè non si manifestano con i caratteri coi quali sono soliti evolversi.

OSPEDALE DEL BAMBIN GESÙ - ROMA.
REPARTO CHIRURGICO MASCHI.
Primario: prof. A. LUIGI BONANOME.

Un caso di sarcoma a mieloplassi dell'omero sinistro a decorso rapidissimo.

Dott. CARLO COLUCCI, assistente.

C. F., anni 4. Entra il 26 ottobre 1925.

La malattia del piccolo infermo si inizia in modo chiaro il 4 ottobre. Prima di quel giorno il bambino avvertiva soltanto un po' di dolore alla spalla d., ed una lieve limitazione della funzione articolare: ciò da poco più di un mese. Il 4 ottobre, in seguito ad investimento da parte di un cieco, il bambino cadde e la sua spalla s. venne ad essere calpestata. I parenti dopo 2 o 3 giorni chiamarono il sanitario che, visitato attentamente il paziente non riscontrò *nessun segno esterno* di lesione, ma fu colpito da una netta limitazione funzionale e credette di dover immobilizzare l'arto con un apparecchio gessato. Dopo due gior-

ni il bambino ricadde, battendo nuovamente per terra con la spalla sinistra, protetta dall'apparecchio. Da quel momento esso accusò dolore maggiore alla spalla e l'apparecchio dopo due altri giorni venne rimosso. Il sanitario rilevò il *moncone della spalla globoso, assai aumentato di volume*, con discreto reticolo venoso; il bambino vi accusava dolore molto vivo. Fece allora la proposta di ricoverare il bambino in ospedale.

Pare non vi siano state elevazioni termiche.

è un po' dolente. Si apprezza che essa interessa i tessuti profondi, probabilmente l'osso. I movimenti a carico dell'articolazione omero-scapolare si compiono male, sono dolenti e ad essi, se sorpassano un piccolo grado, partecipa la scapola. La temperatura locale appare aumentata (fig. 1).

Radiografia: la tumefazione è a carico della parte distale della testa, del collo e di parte della diafisi.

Il tessuto osseo nella parte più grossa della

Fig. 1.

E. O. Condizioni generali buone. Vari organi ed apparati normali.

La regione della spalla sinistra è molto ingrossata; tale ingrossamento è specie manifesto nella faccia anteriore, con una tumefazione grossa quanto un pugno di adulto, rotondeggiante, ricoperta da cute lievemente cianotica con sviluppo notevole di circolo venoso di compenso; essa si arresta in basso, con immagine a fuso, a circa metà del braccio. Alla palpazione la cute soprastante è spostabile; la tumefazione è di consistenza molle, elastica, un po' ineguale nei vari punti;

tumefazione appare distrutto e solo alla periferia di questa si vede in alcuni tratti una listarella sottile di tessuto più opaco ai raggi; verso la parte distale del tumore si vede la diafisi omerale di cui l'estremità che corrisponde alla tumefazione è irregolarmente erosa e presenta tratti di addensamento e di rarefazione. Centralmente la cartilagine articolare ed una parte della testa appaiono integre (fig. 2).

Radioscopia del torace: negativa per eventuali metastasi.

Esame delle urine: nulla di anormale.

Diario: il bambino ricoverato nel reparto chirurgico maschi il 26 ottobre, viene sottoposto ad intervento il 7 novembre; durante i pochi giorni in cui è stato trattenuto in osservazione ha presentato lievi rialzi febbrili serotini (37.3-37.5); molto chiaramente si è potuto notare che in tali giorni la tumefazione si è ancora accresciuta di volume, la cute ha assunto un colorito rosso-cianotico più intenso, il reticolo venoso si è fatto più evidente.

Fig. 2.

Il 7 novembre 1925 in eteronarcosi il prof. Bonanome procede alla disarticolazione della spalla, ricoprendo la breccia con un lembo cutaneo posteriore, dove la cute appare in migliori condizioni di nutrizione.

La cicatrizzazione avviene regolarmente; ma ai primi di dicembre, mentre il bambino è in attesa di essere ritirato dai parenti, viene colto da morbillo e trasferito al reparto isolamento, donde poi viene dimesso guarito.

Descrizione del pezzo anatomico, (prof. Dionisi), (fig. 3).

Il tumore della grossezza di un grosso arancio non interessa la pelle, nè il sottocutaneo nè i muscoli sottostanti i quali sono compressi dal tumore. Il periostio è facilmente staccabile dall'osso sulla diafisi ad una certa distanza, circa otto cm., dalla testa. Al disopra di questo tratto il periostio è infiltrato dal tumore, che costituisce una grossa massa, grossolanamente lobata e lobulata, con depressioni e solchi nei quali si veggono vasi e focolai emorragici. Il tumore si approfonda e sostituisce completamente l'osso per un tratto della diafisi di circa 4 cm. dal capo articolare; procedendo verso il basso si trovano qua e là dei residui di tessuto osseo in mezzo alla massa del tumore che circonda a semi-anello, nella porzione dorsale, tutti i residui dell'osso. La superficie di sezione di questi tratti dimostra una struttura lobulare e qua e là dei focolai necrotici che corri-

Fig. 3.

spondono a tratti di osso invasi dalla neoformazione; in mezzo ai nodi del tumore frequenti emorragie.

La parte prossimale della testa dell'omero presenta la sostanza spugnosa ben conservata; la sostanza cartilaginea normale. Al disotto del tumore il midollo osseo diafisario nei tratti di osso in cui è stato esaminato presenta le caratteristiche del midollo grasso.

Giudicare dell'origine del tumore è impresa impossibile, inquantochè tanto il periostio che l'osso, nel tratto di maggiore sviluppo, sono estesamente interessati.

L'esame istologico del tumore dimostra che esso è costituito da elementi cellulari aggruppati in maniera da costituire formazioni diverse per grandezza, sia come cordoni sia come larghe zone irregolari. Gli elementi, comunque aggruppati, sono interrotti da tessuto osteoide, sotto forma di liste o di lamelle di grandezza varia. Ampi vasi sanguigni a sottili pareti solcano il tessuto blastomatoso. Esso consta di elementi polimorfi che da cellule rotondeggianti, poco differenziate, con nucleo picnotico e scarso protoplasma giungono a cellule giganti, polinucleate, del tipo dei mieloplassi. Nello stesso cordone o nella stessa zona si rinvengono tutte le formazioni. Le trabecole osteoidi si rinvengono di solito nel centro di gruppi di elemento del tipo fibroplastico. La sostanza fondamentale in alcuni tratti è molto abbondante, in altri è scarsissima e gli elementi cellulari sono fittamente stipati.

Nelle sezioni nelle quali è compreso anche l'osso si può osservare come le masse di tumore invadano e sostituiscano il tessuto osseo, di cui rimangono trabecole alla periferia con midollo fibroso. Il periostio pare infiltrato di elementi linfoidi ma non di elementi sarcomatosi. I muscoli sono completamente rispettati.

L'insieme di questi caratteri autorizza la diagnosi di sarcoma osteoide con cellule giganti.

L'importanza del caso descritto deriva dalle seguenti ragioni:

a) La grande rapidità dello sviluppo che dice della forte malignità della neoplasia. Tale sviluppo e tale evidente malignità contrastano con lo sviluppo per lo più lento dei sarconi a mieloplassi, e col concetto clinico abituale di una relativa benignità di questi tumori.

Come tale concetto sia spesso errato, già da molti è stato sostenuto. Giustamente viene affermato che della prognosi decidono specialmente gli altri elementi del tumore ed esso sarà tanto più maligno quanto più predominano le cellule rotonde.

Lo stesso concetto affermava Durante, negando ai mieloplassi dignità cellulare e considerandoli come prodotti di degenerazione cellulare, come trombi, ecc., e sostenendo che la relativa benignità dei tumori a mieloplassi sia più propria alla sede per la resistenza del guscio periosteo, che al tumore stesso.

b) L'evidente rapporto dello sviluppo esterno del neoplasma con un trauma. La questione dei rapporti tra traumi e tumori lungamente discussa è sempre allo studio e la descrizione di molti casi, come l'attuale, in cui il rapporto tra trauma e tumore appare così immediato, almeno per il fattore tempo, potrà giovare alla risoluzione del problema. È noto che su un sarcoma a mieloplassi già esistente un trauma può arrecare un notevole acceleramento di sviluppo.

Pare anche che per l'insorgenza dei sarcomi e specie per quelli a mieloplassi, l'influenza del trauma, come esplosivo, sia più evidente che per l'epitelioma; come anche pare che per i sarcomi e per i tumori connettivali in genere sia più evidente l'influenza di un trauma unico, mentre che per i tumori epiteliali si descrive maggiormente l'influenza di irritazioni croniche sia di natura meccanica che chimica. Discutere in che modo il trauma possa agire e cioè se determinando un centro di proliferazione nelle cellule sia per mezzo di uno stimolo continuato (traumi ripetuti), sia creando un disturbo irreparabile nel meccanismo di divisione cellulare (trauma unico), oppure turbando l'equilibrio del tessuto per alterazioni dei rapporti istomeccanici e istochimici e creando una discontinuità organica che permette uno sviluppo anormale, per mancanza di inibizioni sorte extracellularmente, sarebbe addentrarsi in ipotesi per il momento puramente teoriche. E poichè esse non spiegano perchè nella formazione di tumori lo sviluppo assume carattere autonomo e perche eccede, non solo quantitativamente ma anche qualitativamente, val meglio fermarsi ad attribuire al trauma, nella genesi di quei tumori in cui esso è molto evidente, solo il valore di un fattore che, se pure molto nettamente, vi contribuisce soltanto come con-causa, oppure determinando l'esplosione del male già insito. Ciò certamente è avvenuto nel caso attuale, determinando in pochissimi giorni lo sviluppo enorme di un tumore che da circa un mese, senza nessun segno esterno, dava soltanto qualche lieve disturbo funzionale.

BIBLIOGRAFIA.

Achoff. 923 *Pathologische Anatomie*. E. Echte Geschwülste (Blastone). Von M. Borst.

Begouin. *Compendio di Patologia Chirurgica*.

Bergmann. *Trattato di chirurgia pratica*.

Cornil et Ranvier. *Histologie pathologique*.

Forgue. *Patologia chirurgica*.

Durante Francesco. *Trattato di Patologia e terapia chirurgica generale e speciale*.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Le malattie nervose dello stomaco.

(L. HESS. *Wiener klinische Wochenschrift*, volume XXXIX, n. 11).

L'innervazione dello stomaco ci appare oggi più complessa di quanto si riteneva un tempo. Due tronchi nervosi extragastrici, il vago ed il simpatico, i così detti nervi vegetativi, sono concatenati per regolare il tono, la motilità e la secrezione dello stomaco. Le ultime due funzioni vengono inoltre influenzate dalle cellule gangliari e dai plessi intramuscolari e sottomucosi (sistema intramurale) dai quali dipende l'automatismo e che ricevono anche impulsi dal ganglio celiaco. Quest'ultimo risulta un organo centrale di secondo ordine incluso nel meccanismo nervoso dello stomaco. Anche il midollo spinale ed i gangli spinali influenzano l'attività gastrica. L'esperienza giornaliera insegna poi quale importanza abbiano gli impulsi che partono dal cervello: disturbi di motilità, di secrezione, di appetito in conseguenza di influenze psichiche, le ricerche ipnotiche, le alterazioni dell'appetito, delle evacuazioni intestinali, il così detto vomito cerebrale nelle malattie intracraniche, ecc., ne sono prove dimostrative.

Al plesso nervoso intramuscolare è dovuto in massima parte, se non esclusivamente, l'automatismo dell'intestino ed anche dello stomaco. Esso è certamente suddiviso in sezioni con i relativi punti nodali, ma finora le nostre ricerche sono ben lungi dall'aver raggiunto le condizioni che su questo argomento abbiamo per il cuore. Ammessa l'ipotesi dell'automatismo, rimane da vedere quale sia la sostanza che, al pari dell'anidride carbonica per la respirazione, agisca per mettere in moto l'automatismo del tratto gastrointestinale. Tale sostanza sarebbe la colina, un prodotto endogeno del ricambio che si libera nell'intestino. Le fibre afferenti verrebbero eccitate dalla colina e l'impulso verrebbe trasportato alle cellule gangliari intramurali oppure direttamente ai nervi motori e quindi ai muscoli. Questi brevi archi riflessi debbono certamente avere importanza clinica; l'aumento o la diminuzione nella formazione della colina può far variare la mobilità ed il tono in modo patologico e costituire il substrato di una iper- o ipomotilità « nervosa » di cui non si riconoscono basi anatomiche. Che la colina sia un ormone elettivo del sistema nervoso parasimpatico, si può ammettere riconoscendo il fatto che alla iperproduzione di essa corrisponde una ipertonia vagale e quindi l'iperperistalsi, mentre la diminuita formazione della colina abbassa questo impulso nervoso extragastrico e, corrispondentemente, aumenta l'azione del simpatico. Certe enigmatiche neurosi specialmente gastriche potrebbero per tal modo essere spiegate.

Rimane ora da vedere il significato dei nervi extragastrici ed il rapporto fra le funzioni di questi con il sistema intramurale. In conseguenza della legge generale dell'innervazione vegetativa antagonistica che comanda l'attività di tutti gli organi, il vago ed il simpatico mandano opposti impulsi allo stomaco ed all'intestino. Le prove farmacologiche dimostrano questo antagonismo, sebbene quando si esamini la questione più da vicino se ne scorge una complessità che rimane lontana dal semplice schematismo. All'antagonismo fra vago e simpatico, si aggiunge poi quello fra il sistema nervoso intra- ed extragastrico a cui si aggiunge l'antagonismo fra nervi periferici viscerali e spinali, rispettivamente cerebrali che domina la misura e la direzione delle funzioni addominali.

Meno chiare sono le leggi che comandano la secrezione gastrica. Sembra dimostrato che essa è favorita dal vago, il quale ha però anche delle fibre inibitrici. Il simpatico ha anzitutto funzioni inibitorie ma non manca di influenze che favoriscono la secrezione. Ma anche i gangli di Auerbach, da soli, possono mantenere la secrezione gastrica sebbene la loro attività venga limitata dai nervi extragastrici.

Anche la motilità e la secrezione agiscono l'una sull'altra in modo complesso. L'acido cloridrico dello stomaco, al pari di ogni altro acido della stessa concentrazione di idrogenioni, apre il piloro. Dalla mucosa duodenale partono impulsi che, da un lato provocano la chiusura del piloro, dall'altro inibiscono la motilità del fondo e limitano la secrezione. Si deve però ritenere che fra secrezione e motilità dello stomaco non esiste una regolare interdipendenza.

Le eccitazioni nervose che determinano le funzioni della mucosa e della muscolatura gastrica corrono dunque su quattro archi reflessi: intramurale, spinale, midollare e cerebrale, e ciò pur trascurando il ganglio celiaco ed i riflessi che partono dalla cavità boccale. Gli impulsi cerebrali sono antagonistici ai midollari, quelli dei nervi autonomi a quelli simpatici e gli extragastrici agli intramurali.

Al sistema automatico intramurale spetta il comando della peristalsi e della secrezione, ai nervi vegetativi, la tonicità muscolare e la regolarizzazione dell'attività ghiandolare; l'alterato rapporto fra queste due forze può portare, da un lato all'ipertonia, eventualmente combinata con lo spasmo, dall'altro all'atonia. E siccome il decorso normale dei movimenti dipende da un optimum

del tono, si comprende che ogni deviazione da questo disponga alla discinesia. Per quanto riguarda poi la secrezione è da osservarsi che, in generale, con la prevalenza degli impulsi peristaltici si hanno aumenti della secrezione, la quale diminuisce invece con la prevalenza del tono. A questo schema teoretico vi sono evidentemente delle eccezioni e delle forme di passaggio.

Più che la paralisi, la quale si può osservare come conseguenza della narcosi (tossica) è clinicamente interessante la ipereccitazione di entrambi i nervi extragastrici, in cui il sintoma predominante è l'ipertonia a cui si accompagna lo spasmo. Nel quadro clinico del cardiospasmo vi sono dei tratti sicuri di eccitazione vagale, come la bradicardia, il broncospasmo, i disturbi da parte dei muscoli oculari che talora vi si accompagnano. Non è però da escludersi che anche il simpatico sia interessato in tal caso, nonchè il plesso di Auerbach. Si può ritener in complesso che l'ipertonia e lo spasmo da un lato, l'atonia e la dilatazione dall'altro siano disturbi che toccano i nervi extragastrici e che alterano i rapporti di questi con quelli del sistema intramurale.

Analogamente, anche per il pilorospasmo, che è abbastanza frequente nell'età infantile e per l'antrospasmo, non si può dire che si tratti in ogni caso di sintomi vagali, ma piuttosto di un turbato equilibrio del sistema nervoso vegetativo.

Le stesse osservazioni possono farsi a proposito dell'ulcera, sia gastrica che duodenale, in cui è manifesta la influenza del sistema nervoso, per la periodicità e per le stigmate nervose dell'individuo: leggero struma, occhi brillanti, pupille midriatiche, tendenza ai sudori, dermografismo, costipazione spastica. Anche in essa si ha di solito il predominio del vago, ma non è da escludersi il disturbo funzionale di entrambi i nervi extragastrici, con risentimento su quelli intramurali.

Un esempio classico di affezione nervosa dello stomaco sono le crisi gastriche tabetiche, note da lungo tempo, ma non ancora ben chiarite nel loro meccanismo. In esse è riconoscibile l'influenza del vago o dello splancnico che, dallo stomaco, per i rami comunicanti e la VI-IX radice dorsale, arriva al corno laterale. La predominanza vagale sarebbe anche dimostrata dai fenomeni concomitanti: bradicardia, ipercinesi intestinale, crisi laringee, broncospasmo con eosinofilia del sangue. È però da osservarsi che la vagotomia sottodiaframmatica tentata per migliorare tali crisi, non ha sempre ottenuto l'effetto desiderato, appunto perchè, anche in questo caso, l'eccitazione non rimane isolata al vago ma, tosto o tardi, prende gli altri nervi.

Una speciale considerazione meritano quei casi in cui il componente sensibile, il dolore, rimane come occultato da altri fenomeni, quali nausea, anoressia, vomito che dominano la scena. Questi casi sono da paragonarsi ai vomiti ripetuti dei tumori cerebrali, della sclerosi multipla, dell'uremia, del diabete, ed ai vomiti acetonici dei bambini. Non si tratta più dei nervi gastrici periferici ma di affezioni centrali. Si deve poi tener presente che anche i processi intraspinali, quando toccano i nuclei dello splancnico o del vago, si accompagnano a sintomi gastrointestinali. L'A. ha osservato in un caso di spondilite tubercolare con compressione del midollo in corrispondenza dell'VIII-X segmento dorsale un imponente meteorismo con fenomeni di ileo, senza che all'autopsia si siano poi trovate lesioni intestinali, ma soltanto un rammollimento acuto del midollo. Altri casi analoghi, in conseguenza di mieliti, sono riportati da altri autori e dimostrano l'importanza dei centri spinali sulle funzioni gastriche.

fil.

Sul cardiospasmo, o acalasia dell'esofago.

(DIGGLE H. *Practitioner*, aprile 1926).

L'affezione è caratterizzata da un impedimento al passaggio dei cibi per la parte più bassa dell'esofago, con ipertrofia della parete esofagea a monte, senza reperto obbiettivo all'autopsia.

L'osservò Hannay nel 1833; Mikulicz nel 1882 diede il nome di cardiospasmo a questa condizione morbosa, ma a torto, perchè non vi è mai ipertrofia del cardias, mentre bastano poche settimane perchè nei lattanti si produca un'ipertrofia del piloro in seguito a pilorospasmo. Pare piuttosto un disturbo di coordinazione della muscolatura esofagea (Rolleston).

All'esofagoscopio l'apparenza è di spasmo: ma l'ostruzione è facilmente superata da sacchetti pieni di mercurio.

Se si forma un'ulcerazione nella parte dilatata dell'esofago, un vero cardiospasmo, riflesso, può complicare la condizione morbosa.

Talora all'acalasia dell'esofago si accompagna un'ulcera gastrica o duodenale.

Ai raggi si vede la parte inferiore dell'esofago dilatata che termina bruscamente ad imbuto a livello del diaframma, tanto che da taluno si è pensato perfino ad un frenospasmo come condizione patogenetica. Ma la sezione di un frenico non ha portato vantaggio.

L'acalasia dell'esofago ha inizio lento e subdolo, di solito prima dei quarant'anni. Talora l'inizio ha luogo dopo una malattia infettiva. Talora i sintomi sono intermittenti.

Il vomito dopo i pasti è quasi costante, e solo si può evitare, nel più dei casi, ingerendo dopo il

pasto, non prima, forti quantità di liquidi caldi. Dopo il pasto non si ha vero dolore, ma senso molesto di stomaco pieno, come di indigestione.

Se la sindrome è sostenuta da un'ulcera peptica esofagea, come di rado accade, si ha oltre la disfagia, dolore all'epigastrio.

Nell'acalasia gli alimenti liquidi sono generalmente tollerati meglio dei solidi. Talora il vomito è artificialmente provocato dallo stesso paziente onde por fine alle sue molestie.

Per la diagnosi importa il reperto radiologico, e la lunga durata dei disturbi. Eccezionalmente il reperto radiologico del carcinoma del cardias può simulare sul principio l'acalasia, ma l'intermittente e variabile natura della disfagia che suol riscontrarsi nell'acalasia non si ha nel carcinoma.

L'età del paziente ha poco valore, non essendo rari i tumori maligni del cardias in età relativamente giovane. La diagnosi può essere stabilita con certezza dall'esofagoscopio.

Per la terapia, oltre il consiglio di masticar bene e mangiar lentamente, giovano i mezzi dilatanti. Di uso più comune è la sonda piena di mercurio, che passa pel suo stesso peso: non deve protrudere nello stomaco oltre 2-3 cm. e deve quindi portare i segni opportuni: va passata da principio prima di ogni pasto, poi ogni giorno, poi più di rado. Le sonde comuni possono servire per una prima dilatazione, sotto il controllo dei raggi, prima di introdurre le sonde a mercurio. Sono utili pure i dilatatori ad acqua di Plummer, i quali, passati attraverso il cardias, vanno dilatati fino all'insorgere del dolore: tale dilatazione va ripetuta spesso.

DORIA.

Le periduodeniti e la loro cura.

(SOUPAULT. *Le Journ. Médicale Français*, n. 2, 1926).

L'Autore fa rilevare come tra le periviscerití le periduodeniti sono le affezioni più caratteristiche e più frequenti. La loro descrizione è molto recente e la loro conoscenza perfetta si deve alla radiografia in serie e ai reperti operatori. Quanto alla loro storia spetta al Morris (1905) la prima descrizione anatomo-patologica dettagliata di tale affezione. Seguirono altre pubblicazioni sull'argomento ma la più importante è quella di Gregori (1922). Per quello che si riferisce all'etiologia e alla patogenesi come tutte le peri-visceriti, la periduodenite è una reazione infiammatoria del peritoneo locale a una infezione più spesso, ad una causa meccanica raramente. Esse si possono distinguere in tre gruppi: infettive, meccaniche, essenziali. Le infettive sono dovute o a processi determinati da organi viciniori o a processi infettivi localizzati sul duodeno stesso (ucera iuxta-pilorica, duodenite o ulcera del duodeno, colecistite, colite dell'angolo destro, pancreatite); un secondo gruppo di peritoniti infiammatorie sono le periduodeniti a distanza in seguito ad appendicite, epiploite; un terzo gruppo è consecutivo ad una infezione generalizzata della sierosa (tubercolosi, sifilide).

Le periduodeniti di origine meccanica si formano per lo più nel punto nel quale la trazione è più forte specie nelle ptosi. Si trovano con frequenza all'unione del bulbo della seconda porzione del duodeno o in corrispondenza del legamento di Treitz.

Le periduodeniti essenziali sono quelle in cui non si sa nessuna causa determinante. Per quello che si riferisce all'anatomia patologica l'aspetto delle lesioni è molto variabile. Spesso si trovano delle membrane che partendo dalla sierosa parietale vengono a coprire più o meno completamente il duodeno. Il loro spessore come il loro volume è vario. Quanto alla sede, secondo il Duval, le periduodeniti sono state distinte in due grandi gruppi: sopra-mesocoliche e sotto-mesocoliche.

La sintomatologia è molto varia: se la periduodenite si manifesta in seguito ad un'ulcera o ad una colecistite il quadro sintomatologico viene alquanto alterato. Sono stati descritti specialmente nella periduodenite sopramesocolica dolori a tipo duodenali o a tipo vescicolare mentre invece nelle periduodeniti sottomesocoliche, più rare, i dolori sopra ombelicali danno luogo a distensione specie dopo i pasti, nausee, vomiti biliari e turbe nella nutrizione generale. La melena è eccezionale, l'esplorazione diretta del tubo digerente dà pochi dati precisi, solo la radiografia in serie può darci dei criteri abbastanza esatti per la diagnosi.

La diagnosi, in genere, è presuntiva, con un buon esame radioscopico la diagnosi diviene di probabilità e si ha la diagnosi di certezza quasi con la radiografia in serie.

Per quello che si riferisce alla cura grandi vantaggi si sono avuti con la diatermia e con l'actinoterapia. Quanto agli interventi chirurgici si può praticare la duodenolisi, la gastroenterostomia posteriore, la distruzione delle aderenze associate all'anastomosi.

T. LAURENTI.

La stipsi cronica e la sua cura chirurgica.

(H. FINSTERER. *Wiener klin. Wochensch.*, n. 30, 31, 32, 1926).

La proposta di Lane della colectomia totale nei casi di stipsi cronica, fu accolta da molti chirurgi americani ed inglesi: solo sporadicamente da alcuni operatori tedeschi. Il concetto informativo di tale intervento consisteva nel ritenere il colon

un organo nel quale avvenisse l'assorbimento di sostanze tossiche per l'organismo. Tale teoria doveva essere convalidata da prove molteplici. Non esiste alcun dubbio sulla esistenza di rapporti tra il normale svuotamento intestinale e lo stato generale dell'individuo. Ad un cattivo funzionamento del tubo gastro-enterico si accompagnano di frequente, cefalea, vertigini, facile esauribilità, svogliatezza: tutti disturbi che cedono una volta rimesso in ordine l'emuntorio intestinale.

Così egualmente, riconoscono la stessa causa alcune forme di neurastenia (ipocondria), nevriti, analoghe a quelle da alcool, psicosi acute che possono giungere fino al delirio acuto.

Tale stasi può produrre delle alterazioni nel fegato, fino a quelle che si riscontrano nella cirrosi atrofica, e nelle articolazioni a quelle delle artriti deformanti.

Interessanti sono pure i rapporti tra stasi cronica intestinale e cancro del colon, poichè come da più autori è stato riferito, il carcinoma del grosso intestino non si sviluppa nei popoli primitivi dell'Asia e dell'Africa, ove la vittitazione è assai semplice, mentre non è raro nelle stesse località in Europei. Viceversa non vanno esenti dal cancro gli stessi individui che immuni in patria, vengono a stabilirsi in paesi civili. La spiegazione di questo fenomeno appare chiara, ammettendo per la produzione del cancro la contemporaneità di 2 fattori (stimolo + disposizione individuale (in questo caso alterazione del ricambio). Freund ha ritenuto che per la stasi intestinale cronica non si giunga alla formazione di quei prodotti del ricambio che sono destinati alla protezione contro il cancro. Questi prodotti anche in presenza di uno stimolo proteggono l'individuo dall'insorgenza di un tumore maligno: venendo invece essi a mancare si provocherebbe nell'individuo la predisposizione al carcinoma che avrebbe così facilmente campo di stabilirsi in presenza di uno stimolo. Nel colon per la presenza di scibale dure e l'azione dei clisteri, si giunge facilmente ad una colite ed una mesosigmoidite con ipertonia e inginocchiamento dell'intestino consecutiva. Come complicazioni vengono descritte la possibilità di una perforazione di un'ulcerazione da decubito. Infine occorre riconoscere come il cancro del grosso intestino è più frequente proprio in quei punti in cui le feci normalmente ristagnano più a lungo.

Difficile è stabilire quando comincia una stasi intestinale cronica: si può dire che un individuo di qualsiasi popolazione civile non va di corpo più di una volta in 24 ore: alcune donne poi non hanno una defecazione se non ogni due, talora tre giorni. Ma se quest'ultimo caso sia proprio normale è discutibile. La defecazione è regolata dalla rapidità con la quale il contenuto intestinale attraversa il tubo gastro-enterico: è eccezionale che l'ostacolo sia di origine proctogena, ossia che la stasi sia legata ad un ostacolo del segmento intestinale più basso (ragade anali, emorroidi).

La progressione del contenuto intestinale dipende da tre fattori:

1) dalle contrazioni della muscolatura intestinale;

2) dalla lunghezza, dalla posizione e dalla specie del segmento da attraversare;

3) dalla specie del contenuto intestinale (alcuni cibi hanno effetto stitico, altri drastico). Nel caso in specie hanno grande importanza il fattore anatomico (A) e quello funzionale (X) che è il più importante ma anche il più difficile a conoscere. Payr volle esprimere la stipsi (O) come la risultante di (A + X). Esistono casi in cui il fattore X predomina e che debbono essere affidati con speranza di guarigione, all'internista. In essi non solo vi si comprendono casi di spasmi locali con dilatazione secondaria, ma tutte quelle affezioni (ulcere gastriche e duodenali, nefrolitiasi, appendiciti, malattie nervose) in cui la stipsi scompare con la guarigione dell'organo ammalato.

Dal punto di vista chirurgico gli elementi meccanici hanno grande importanza. Alcuni sono situati nel tenue, come le stenosi consecutive alle ulcerazioni tifose della valvola ileo-cecale; più spesso sono aderenze consecutive ad ernie irriducibili, pregresse appendiciti o peritoniti localizzate, le briglie di Lane. La maggior parte degli ostacoli ha sede nel grosso intestino (stenosi infiammatorie, inginocchiamenti, meno frequentemente il megacolon). Difficile è stabilire quando bisogna operare nella stipsi cronica. Non c'è bisogno di spendere troppe parole sulla necessità di rivolgersi dapprima alle ricerche di quelle malattie che possono essere il punto di partenza di riflessi e cause di stipsi ostinata secondaria.

Tali casi vanno affidati dapprima all'internista e poi curati convenientemente.

Particolare menzione meritano viceversa le sindromi di ulcere gastriche e duodenali i cui sintomi sono perfettamente simulati dalla stipsi cronica. Sono stati operati più volte di gastro-enterostomia, di resezione, individui che furono guariti dei loro disturbi solo con la emicolectomia.

Una indicazione vitale è data dal volvolo che si manifesta improvviso dopo anni di stipsi cronica: gravi vizi di posizione o deformità del colon consecutivi ad aderenze non possono certo guarire con cure mediche e vanno sottoposti all'intervento.

Più difficili a curarsi sono quei casi in cui si sommano il componente meccanico e quello funzionale. Bisogna escludere questo ultimo fattore mediante la somministrazione di prodotti spe-

ciali come, ad esempio, il neohormonal. Le forme spastiche salvo casi eccezionali, esigono solo una cura interna rispettivamente psicoterapica, poichè l'operazione rimarrebbe senza effetto.

L'intervento si regola a seconda il reperto. Nel tenue: liberazione da aderenze, resezione di anse angolate, con buoni risultati definitivi, quando in realtà la stipsi dipendeva da tale localizzazione.

Più importanti sono gli interventi sul grosso intestino che si distinguono a seconda il tipo della stasi che può essere: *a*) a tipo ascendente; *b*) trasverso (disposizione a canne di fucile); *c*) discendente, sigma; *d*) stipsi proctogena.

Finsterer dalle numerose operazioni proposte sul colon: liberazione da aderenze, plastica del mesocolon: ileo-sigmoidostomia: transverso sigmoidostomia, ha eseguito solo la emicolectomia sinistra (metà del sinistro del colon transverso e colon discendente) persuaso come è che i disturbi legati alla stasi intestinale cronica abbiano origine per il ristagno delle materie fecali in questo segmento, qualora nòn si dimostri sufficiente la semplice operazione di Payr (allungamento plastico del legamento freno-colico in corrispondenza della pressura splenica) o la plastica della base del mesosigma. Finsterer ha eseguito tale operazione 40 volte: 1 volta su di un bambino in cattive condizioni generali (1 morto), e 39 volte su adulti con 38 successi (1 morto nell'emicolectomia totale).

La mortalità del 2,5 % nell'emicolectomia è assai minore in operazioni di entità maggiori: per questo la colectomia totale è stata dai più abbandonata.

Nei riguardi dei risultati lontani non esistono che rare statistiche: solo Shomaker su 50 casi riferisce di 32 guarigioni; 8 miglioramenti e 10 insuccessi. Nei casi di Finsterer i risultati sono buoni; la semplice liberazione delle aderenze non dà gran risultati.

Nella stipsi spastica, o da ipertonia del colon discendente, la emicolectomia sinistra si è dimostrata una buona operazione (evacuazioni regolari ed indolori).

Risultati egualmente brillanti si ottengono nei casi adatti, con la resezione delle flessure sigmoidee, mentre non si può dire altrettanto della resezione del cieco o della emicolectomia d., operazione che il più delle volte riesce insufficiente.

Quindi da quanto si è detto occorre porgere un grande interesse alla stipsi cronica, specie dell'età adulta ed avanzata, e sottoporre l'individuo ad uno studio simultaneo di un medico, di un chirurgo, di un radiologo.

Qualora la cura interna fallisse, non indugiare oltre, ma affidare il malato al chirurgo per la emicolectomia sinistra la quale si è dimostrata efficace e poco pericolosa. E. MINGAZZINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

MOURIQUAND G. *Précis de Diététique et des Maladies de la Nutrition chez l'enfant et chez l'adulte.* Un vol. in-16° di p. 820, con 60 fig. e 3 tav. colorate. G. Doin et C.ie. Parigi, 1926. Prezzo frs. 60.

Il libro è diviso in tre parti. La prima riguarda la dietetica e studia i bisogni alimentari, la scelta e la costituzione degli alimenti. Larga parte è fatta alla dietetica infantile, come quella che può determinare conseguenze che si ripercuotono su tutta la vita. Nella dietetica dell'adulto sono studiati i grandi regimi e le diete nelle diverse malattie.

La seconda parte tratta le malattie di origine alimentare per eccesso e per deficienza, per infezione e per intossicazione.

Nella terza parte l'A. svolge l'argomento delle malattie della nutrizione: distrofie idrocarbonate, adiposa, albuminoide, minerali, della crescenza, reumatismi cronici ed artritici, trattando poi ampiamente le disrofie endocrine, questione di grande importanza nello studio della nutrizione, tenuto conto che il problema generale del metabolismo è appunto dominato da quello delle ghiandole endocrine.

Il nome dell'A., notoriamente legato allo studio delle malattie da nutrizione e specialmente a quelle da carenza, lo svolgimento chiaro e preciso e la ricchezza di dati e di consigli pratici rendono il libro bene accetto al medico, al quale riesce di grande utilità. *fil.*

KAMMERER H. *Allergische Diathese und allergische Erkrankungen.* Un vol. in-8° di 210 pag. J. F. Bergmann ed. München, 1926. Prezzo M. 13,50.

Problema interessante di cui le moderne ricerche mostrano tutta la complessità è questo dell'allergia e degli stati che vi sono connessi. L'A. si occupa dapprima dell'anafilassi sperimentale, in un capitolo che è la base per ben intendere tutto il resto del libro. Rileviamo in esso la parte importante che l'A. attribuisce all'istamina come provocatrice dello « shock ».

Si trovano poi svolte la diatesi allergica, le idiosincrasie, la terapia generale, specifica e non. A parte sono trattate le singole malattie, specialmente orticaria, asma, febbre da fieno a cui seguono altre, quali i disturbi gastrointestinali anafilattici, emicrania, tossicosi gravidiche, artritismo, malattie cutanee, specialmente l'eczema.

Numerose le citazioni bibliografiche (la letteratura sull'argomento è davvero sterminata) fra cui non mancano anche quelle italiane. Nel complesso, un ottimo libro che, nell'esposizione sistematica e limpida, dà una chiara idea dell'argomento e fornisce dati di grande importanza per il pratico e motivi di riflessione per lo studioso. *fil.*

PAZZINI A. *Alcoolismo e poesia. Divagazioni di un medico.* Un vol. in-8° di 160 pag., P. Maglione, editore, Roma, 1926. Prezzo L. 16.

In una prima parte, l'A. indaga il problema nelle sue linee generali, studiando le relazioni fra alcoolismo e produzione artistica, le ragioni per cui l'alcool può eccitare la poesia, l'influenza ed il rapporto fra alcool ed artista, mettendo in luce le difficoltà che si presentano nel voler studiare l'alcoolismo nell'arte di un poeta.

In una seconda parte, poi, presenta i tratti tipici delle opere e della vita di alcuni poeti alcoolisti: P. Verlaine, E. T. Hoffmann, A. E. Poe, J. Swift; degli italiani non dà che la scialba figura di G. Rovani e quella poco significativa di E. Praga.

L'A. riconosce che l'alcool è capace di portare il cervello ad una certa tensione in cui si ha l'iperideazione, insistendo naturalmente sul fatto che tale influenza non è specifica dell'alcool, ma comune ad altri avvelenamenti. Mette anche in rilievo che alla domanda se l'alcool nuoccia o giovi al poeta non si può rispondere in un modo assoluto in senso negativo o positivo, ciò che dimostra l'equanimità con cui l'A. ha trattato il problema, pur venendo alla ovvia conclusione di sconsigliare il lavoro fatto sotto la sferza dell'alcool. Da ultimo addita le cautele che si debbono avere nello studio dell'opera di un poeta per impedire di arrivare, in base a qualche difetto che si riscontrasse in essa, a deduzioni troppo avventate e ad errori grossolani.

Il coscienzioso e sereno studio dell'A. che, come lo precisa il titolo, è fatto sulle estreme conseguenze dell'alcool (ebbrezza acuta, stadio di avanzata intossicazione), è presentato da una prefazione del prof. G. Mingazzini. *fil.*

The Medical Annual. Anno 44° (1926). Un vol. in-8° di 616 pag., con 104 fig. e 65 tav. John Wright ed. Bristol, 1926. Prezzo Scell. 20.

Il sottotitolo di questo libro è quello di « Dizionario di medicina pratica e con vero senso di praticità esso è stato compilato. Il concetto di dizionario però sta soltanto nella disposizione della materia per ordine alfabetico, chè lungi dall'essere schematica come quella di un dizionario, la trattazione dei singoli argomenti è esauriente, pure essendo concisa, con riviste d'insieme nella maggior parte dei casi ed altre volte invece con brevi notizie informative. Le une e le altre corredate dai riferimenti bibliografici, fra cui anche alcuni italiani attinti specialmente dal nostro giornale.

Sarebbe troppo lungo citare anche gli articoli più significativi; facciamo solo menzione di alcuni, come: i nuovi anestetici, il trattamento della lebbra, dell'epilessia, della tubercolosi, del diabete, le infezioni del sistema nervoso centrale, la chirurgia addominale, l'oftalmologia, le infezioni puerperali, il reumatismo, il raffreddore, ecc.

Il libro non dovrebbe mancare nella biblioteca di ogni medico colto. *fil.*

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. VIII, 2 p., fascicolo 1. Urban e Schwarzenberg, 1926. Mk. 5,40.

Nella puntata 190 sono trattate due questioni di patologia sperimentale. Dal Rosewow di Könirberg è esposto il metodo per la riproduzione sperimentale delle infezioni asettiche e di quelle dovute a bacteri; dal Mayer di Amburgo sono trattate le ricerche per lo studio della tripanosomiasi sperimentale con particolare riguardo alle indagini sulle azioni terapeutiche dei vari composti chimici.

Troppo nota è l'opera dell'Abderhalden a tutti gli studiosi, e superfluo appare ogni commento circa l'indirizzo seguito nella trattazione di ogni argomento. TR.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 13 giugno 1926.
Presidenza: Prof. S. SOLIERI, presidente.

Occlusione intestinale da volvolo del sigma. Resezione dell'ansa sigmoidea in un sol tempo. Guarigione.

LESI A. (Faenza). — L'O. dopo aver riassunto il quadro fenomenologico presentato dall'infermo, descrive l'atto operatorio eseguito. Accenna al meccanismo di produzione del volvolo del sigma in genere e scende a discutere del caso a lui capitato; da ultimo, dopo aver riportati i diversi metodi e procedimenti operatori seguiti in questa malattia, espone le ragioni che lo hanno indotto alla resezione.

Contrattura ed emianestesia isterica d'origine traumatica.

TESTI A. (Faenza). — Presenta un ammalato di anni 58 cui dietro un trauma si era manifestata una contrattura e perdita della sensibilità generale a forma emiplegica negli arti di destra.

Stabilisce la diagnosi di forma emiplegica isterica che mette in rapporto col trauma in soggetto con predisposizione neuropatica latente, per la quale il trauma si fece operativo di una vera *neurosi traumatica* che salta fuori da tutto l'insieme della forma morbosa squisitamente funzionale successiva immediatamente al trauma e perchè la ricerca tempestivamente fatta della reazione miastenica diede risultato positivo.

Conclude accennando all'odierna dottrina dell'isterismo propugnata dal BABINSKI, la quale non spiega tutta la sindrome isterica, ma solo i fenomeni suggestionabili e non già quelli che danno

per espressione una condizione somatica come le stimate isteriche con le peculiari loro caratteristiche che non sono nè suggestionabili nè immutabili, così che se il pitiatismo rende ragione dei sintomi indotti dalla suggestione, non la rende degli altri dei quali un esempio classico è quello illustrato.

Sopra una rara manifestazione morbosa traumatica della regione inguinale.

SOLIERI S. (Forlì). — Illustra l'osservazione clinica di un infermo di circa 40 anni, nel quale in seguito allo sforzo fatto per sollevare un peso si ebbe la manifestazione alla regione inguinale destra di una intumescenza della grossezza di un uovo di gallina, assai dolente, che poi scomparve gradatamente senza lasciare traccia.

A distanza di due mesi, sempre per uno sforzo fatto, si ripetè nella stessa sede il dolore ed il tumore che raggiunse il volume di un uovo di tacchino. Da notarsi che il paziente non era assicurato contro gli infortuni e non aveva quindi interesse ad alterare la storia.

All'esame clinico, tenuto conto dell'anamnesi, il tumore, avente sede retroperitoneale ed indipendente dal grosso intestino dislocato in alto ed all'interno, non pulsante, di consistenza dura-elastica, ottuso alla percussione, fu interpretato come una manifestazione di origine emorragica. L'intervento, assai delicato per i rapporti col fascio iliaco esterno, concesse di estirpare una massa, che viene presentata, avente tutti i caratteri di un ematoma incistato.

L'esame istologico, come dai preparati esposti, ha dimostrato trattarsi di un sarcoma a cellule polimorfe a rapidissimo sviluppo nel cui seno si era avuta una copiosa emorragia.

L'osservazione ha singolare importanza per la infortunistica perchè il malato assicurava di non avere prima alcunchè di anormale alla regione dell'inguine e di aver veduto la intumescenza sorta dopo il primo trauma, scomparire per gradi completamente.

La anisocoria nei vizi valvolari del cuore.

MONDOLFO E. (Cesena). — Nei vizi mitralici, specie allorquando esiste una cospicua dilatazione dell'orecchietta sinistra, l'O. ha potuto constatare una ineguaglianza pupillare caratterizzata da maggiore ampiezza della pupilla sinistra.

Nei casi in cui l'anisocoria non appariva spontanea, potè quasi costantemente apprezzarla mediante la prova della « anisocoria provocata », cioè istillando midriatici (cocaina al 4 %).

La causa della anisocoria nei vizi della mitrale deve attribuirsi al cospicuo aumento di volume cui l'orecchietta sinistra soggiace, sì da produrre una eccitazione del simpatico nel suo tragitto intramediastinico. Tale eccitazione, trasmettendosi alle fibre dilatatrici dell'iride, provoca la midriasi unilaterale, alla stessa guisa di quanto avviene nei tumori, nelle adenopatie del mediastino, negli aneurismi dell'aorta toracica.

In favore di tale interpretazione patogenetica del fenomeno sta il fatto che nei vizi delle valvole aortiche, ove non esiste la dilatazione dell'atrio sinistro, almeno finchè dura il compenso, non si nota anisocoria: questa compare soltanto nei periodi terminali dello scompenso, allorquando al vizio aortico si aggiunga una insufficienza relativa della mitrale, con la conseguente dilatazione della orecchietta sinistra.

Altro argomento a sostegno della suesposta teoria è il fatto che l'ineguaglianza pupillare suole essere spontanea e particolarmente spiccata nei vizi mitralici di recente formazione, quando la ipertrofia del ventricolo destro non si è per anco costituita, onde la dilatazione dell'atrio sinistro raggiunge il suo massimo grado.

Ancora sulla rachianestesia con la tropococaina.

MARCHINI F. (Forlì). — L'O. riportandosi ad una sua pubblicazione sulla rachianestesia con la tropococaina aggiunge che altro notevole vantaggio è costituito dal fatto che la soluzione di tropococaina, a differenza di altri anestetici, può prepararsi in fiale colla sterilizzazione a 120° anzichè colla tindalizzazione. In tal modo si ha la sicurezza assoluta della completa asepsi ed inoltre per la facilità, la semplicità e l'economia della sterilizzazione stessa si possono preparare quantitativi limitati di fiale in modo da avere sempre a disposizione materiale fresco ottenendo così anestesie più perfette e scevre da disturbi accessori.

Contributo clinico alla conoscenza dei rapporti fra herpes zoster e varicella.

MALTONI U. (Faenza). — Riferisce sopra un caso di contemporanee manifestazioni di herpes e varicella in un medesimo soggetto: un uomo di 57 anni degente in Ospedale per gangrena polmonare, e curato con il Neo-Salvarsan, nel quale la duplice eruzione insorse improvvisamente durante la convalescenza. Tanto le manifestazioni erpetiche che varicellose erano tipiche, accompagnate a malessere generale e a febbre che scomparve con la regressione degli elementi eruttivi.

Da notare che in Ospedale si erano verificati poco prima 3 casi di herpes e di varicella.

L'O. si chiede se possa trattarsi di un herpes tossico da Neo-Salvarsan; ma esclude per varie ragioni questa ipotesi e pensa, sulle basi di analoghe osservazioni di NETTER ed altri, che, in questo caso, al Neo-Salvarsan spetti solo l'importanza di agente occasionale attivatore di un virus erpetico varicelloso che preesisteva nel soggetto allo stato latente.

Quale sia questo virus è ignoto; comunque in attesa che ulteriori ricerche vengano a chiarire la questione etiologica, si può affermare dal punto di vista clinico che vi sono casi da cui risulta logico e verosimile il nesso di interdipendenza fra herpes zoster e varicella.

GALLI P. (Faenza). — Porta il contributo di sue osservazioni personali e fa un'analisi critica della questione, concludendo che la squisita recettività del bambino e la parziale immunità dell'adulto spiegano il rilievo clinico e cioè che la varicella è esclusiva dell'età infantile e tanto diffusa, mentre l'herpes zoster colpisce quasi solo l'individuo adulto e non è malattia molto comune.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La diagnosi di gravidanza nella prima metà con la radiografia fetale.

Secondo le ricerche di Hess, i primi centri di ossificazione fetale possono essere rilevati con la radiografia durante la settima settimana di vita embrionaria. Tali centri si trovano nella clavicola e nel mascellare inferiore. All'ottava settimana, la radiografia mostra quelli della parte squamosa dell'occipite, del mascellare superiore, della parte mediana della spina scapolare e dell'omero, seguiti da quelli del radio e del gomito, del femore e di alcune costole (alla nona settimana).

Compaiono in tale epoca quelli delle ossa delle mani e dei piedi, della colonna vertebrale, dello sfenoide, dei malari, della pelvi, di altre ossa del capo, degli archi vertebrali cervicali, del II e III metacarpo, dell'ileo e delle costole (meno la prima).

Alla decima settimana si hanno quelli delle narici e del frontale, la grande ala dello sfenoide, dei corpi vertebrali delle ultime lombari. Sui tre mesi tali centri si estendono e si sviluppano. Al quarto mese, la struttura ossea si fa più densa e compaiono i centri di ossificazione nella diafisi delle ossa lunghe delle estremità, salvo nelle falangi medie del piede.

Tali dati, secondo i quali, già a due mesi e mezzo è abbozzato lo scheletro fetale sono rilevati sulla radiografia dell'embrione. Ben diverse sono le condizioni quando si prenda la radiografia direttamente sulla madre, chè in tal caso, la densità leggera dei centri di ossificazione e quella dei tessuti materni ed ovulari impediscono di ottenere radiografie chiare in epoca precoce.

S. E. Bermann (*Rev. médica latino-americana*, giugno 1926) osserva che la diagnosi radiografica della gravidanza è essenzialmente un problema di tecnica radiologica. La donna va tenuta ad un'alimentazione leggera e purgata la sera prima con olio di ricino; un'ora prima della radiografia, si farà un clistere di decotto di linseme.

La posizione più conveniente è quella orizzontale, dorso-lombare, con le coscie flesse ad un angolo di 135°-145° e le gambe flesse allo stesso angolo. La lastra si applica subito al disotto della pelvi; il tubo si colloca perpendicolarmente a questa, sulla sinfisi pubica, oppure secondo un angolo di 20°-40°, secondo la conformazione della pelvi stessa. Si utilizzeranno alte cariche ed esposizioni brevi: 90-120 kilovolt, 100 milliampère e pose di 1/20 a 1/5 di secondo. Nelle donne oltre i 65-70 kg., l'A. ha usato un diaframma di Potter-Bucky, allungano la posa fino ad un secondo. In tal caso, la distanza era di 25 pollici (cm. 62.5), negli altri casi di 48 pollici (cm. 110).

La diagnosi per i punti di ossificazione fetale fu ottenuta a 3 mesi in un caso ed a 3 mesi e 12 giorni in un altro. La diagnosi più precoce di gravidanza per l'immagine dello scheletro fetale fu ottenuta a 3 mesi e 14 giorni; quella più tardiva a 4 mesi e 21 giorni.

Risulta, in complesso, che la diagnosi di gravidanza può essere stabilita con la radiografia al IV-V mese; la radiografia negativa non ha valore che dopo il V mese.

Le radiografie, ad esposizioni rapide e prese ad intervalli abbastanza lunghi non presentano alcun pericolo nè per la madre, nè per il feto.

fil.

I disturbi ai piedi nell'epoca del climaterio.

Accade abbastanza spesso che delle donne all'epoca del climaterio si rivolgano al medico lamentandosi di disturbi ai piedi. I sintomi che accusano sono, si può dire, stereotipati. Lo stare in piedi, davanti al focolare, il muoversi per le piccole faccende domestiche, il fare piccole passeggiate provoca dolori insopportabili. I piedi sono diventati « pesanti », verso sera si gonfiano ed i lavori che erano stati fatti per interi decenni sono divenuti impossibili. I consueti rimedi casalinghi, le cure di bagni, il cambiamento di dieta sono inefficaci.

Obbiettivamente si osserva un complesso sintomatico, in cui si distinguono tre componenti:

1) Pastosità della cute dei piedi, leggero affondamento della regione della caviglia sotto il peso della persona, volta del piede appiattita; tendenza all'abduzione; callosità alla pianta; scarpa che si storce verso l'interno. (*Disturbi statici da piede valgo o valgopiano*);

2) Leggero edema della caviglia che si estende per lo più al dorso ed alla gamba. L'infossamento della pressione rimane a lungo. Le vene di tutta la regione mostrano tutti i gradi di varicosità. (*Disturbi circolatori, edema da stasi cronico*);

3) La pressione sulla rima articolare provoca vivi dolori, specialmente al malleolo esterno; dolorabilità nella ricerca dei movimenti passivi un po' esagerati; i movimenti laterali sono più sgraditi che quelli sagittali. (*Artrosi della caviglia e spesso anche del ginocchio*).

Diversi fattori fisiologici stanno alla base di tali disturbi che talvolta sono intollerabili. Anzi-

tutto l'aumento di peso della donna; la volta del piede risente un sopraccarico di 2, 5, 8 chilogrammi; inoltre i legamenti del piede che avevano mantenuto bene in posto la parte scheletrica diventano insufficienti, per degenerazione delle porzioni elastiche. Si ha così il piede valgo-piano e trasverso-piano, che provoca notevole metatarsalgia. Vi contribuisce anche la diminuzione di elasticità delle pareti venose dovuta all'età. Se ne ha come conseguenza l'edema da stasi. Contribuiscono a dare i disturbi anche i processi degenerativi articolari che appartengono all'artrite deformante e che sono caratteristici degli anni del climaterio.

Secondo quanto consiglia Duschak (*Medizinisches Seminar*) la terapia deve avere presenti gli accennati componenti della sindrome. I disturbi statici si combattono con gli adatti apparecchi per il piede messi nella scarpa. Essi debbono essere fatti su misura, guardarsi da quelli già preparati del commercio che sono inutilizzabili; anche quelli pneumatici però danno buoni risultati soltanto in pochi casi. I disturbi circolatori si combatteranno col massaggio e con le calze elastiche. Per quelli articolari, si consiglieranno le applicazioni di un caldo moderato ed i movimenti pure moderati. Fra i medicamenti antiartritici sono buoni: antipirina, piramidone, atofan, mentre i salicilati rimangono senza effetto. Vantaggi si ottengono anche con le modiche applicazioni di aria calda e con i fanghi. I migliori successi si hanno con la diatermia. Nessuna efficacia hanno vaccini, proteinoterapia aspecifica, radio- e röntgenterapia.

fil.

Il trattamento dell'amenorrea nelle ragazze e nelle giovani donne.

P. Macrez (*L'Evolut. thérapeutique*, luglio 1926) considera come amenorroiche le ragazze o le giovani donne che, pur avendo eventualmente i sintomi multipli delle mestruazioni, mancano di queste da oltre due mesi. Salvo casi speciali (malformazioni degli organi genitali, tubercolosi) è necessario ed utile tentare di ridare al flusso mestruale il suo corso normale e questo particolarmente al periodo della formazione e nei primi tempi del matrimonio.

Si dovranno dapprima ricercare le cause patologiche e quelle fisiologiche dell'amenorrea, considerando le modificazioni dello stato generale, quelle delle ghiandole endocrine e quelle locali, tentando altresì di regolarizzare le influenze nervose e di reagire sulla muscolatura rendono più cedevole il tessuto cellulare in modo da correggere l'aritmia o l'asistolia ovarica.

È anzitutto necessario consigliare una modificazione delle abitudini, prescrivendo alla donna cittadina una vita attiva in campagna ed un certo grado di riposo alla campagnuola oberata dalle fatiche. Anche gli sport sono utili, evitando però gli eccessi della bicicletta, dell'automobile, del treno che congestionano gli organi pelvici.

Al presunto momento delle mestruazioni si faranno frizioni, pediluvi, senapismi, bagni caldi; in altre epoche sono migliori i bagni temperati e le docce fino a quella scozzese. Massaggio, elettricità, esercizi ginnastici, elioterapia, cure termominerali.

In tutti i casi è raccomandabile il trattamento opoterapico, purchè continuato a lungo con intermittenze. Nelle amenorroiche non mai mestruate, lo si farà per 12-15 giorni al mese e per non meno di sei mesi. In quelle che hanno qualche segno, lo si farà per 10-12 giorni prima della data presunta dei mestrui. Si può prescrivere il solo estratto ovarico od anche quello di corpo luteo. Utile si è mostrata in qualche caso l'opoterapia spermatogenetica. Preferire sempre in questa terapia l'iniezione sottomuscolare. È consigliabile anche l'emoglobina.

Fra gli agenti farmaceutici, i principali usati sono: arsenico, ferro, iodio, ruta, la sabina, l'ergotina, ecc. Molto note sono le pillole di Courty: polvere di zinco, polv. di sabina, polv. di segala cornuta, ana cg. 5; aloe cg. 2. Se ne prendono 3-9 al giorno, per 10-15 giorni, lasciando un periodo di riposo di 3-5 giorni.

Nelle eredosifilitiche, si darà lo sciroppo di Gibert; nelle nervose (che hanno veduta la soppressione dei mestrui dopo un'emozione violenta, un bagno freddo, ecc.) si daranno: bromuri, valeriana e specialmente benzoato di benzile. Nelle sclerose, lo iodio. In quelle che hanno i mestrui deviati, complementari o supplementari, si daranno soprattutto gli antispasmodici, l'opoterapia e specialmente una buona igiene.

Contrariamente al trattamento opoterapico che va somministrato *larga manu* quello medicamentoso va dato a piccole dosi e continuato a lungo, trattandosi di una terapia modificatrice; soltanto gli emmenagoghi vanno dati ad intervalli come dei colpi di sonda.

Generalmente l'amenorroica rimarrà sempre una debole dal punto di vista genitale e spesso all'amenorrea succede la dismenorrea. In parecchi casi però le cure tenaci e prolungate (è questo il fondamento del successo) possono aver ragione del disturbo e ridare a tali donne una vita genitale quasi normale.

fil.

Il trattamento della dismenorrea.

Ch. Macé de Lépinay (*L'Evolution thérapeutique*, giugno 1926) ritiene che il trattamento della dismenorrea debba essere triplice.

Preventivo. Negli otto giorni precedenti i mestrui, evitare le fatiche, moderare i rapporti sessuali (il coito è piuttosto emmenagogo), combattere la costipazione, evitare i raffreddamenti, specialmente ai piedi. Nel caso di visceroptosi, consigliare una cintura senza stecche di balena; se vi è ipoovarismo, dare la polvere di ovaio o di corpo luteo nei 10-15 giorni precedenti i mestrui. Calmare il sistema nervoso con bagni tiepidi contenenti 250 g. di carbonato di sodio e 150 g. di gelatina. Uno o due giorni prima tenere la malata in letto e dare bagni caldi (36°) e pediluvi caldi.

Sintomatico. Calmare anzitutto i dolori con: laudano (clisteri con 15-20 gocce), oppio, morfina, eroina, antipirina, aspirina o succedanei; canape indiana, belladonna. Si sono anche usati con successo il viburnum, l'estratto di Senecio vulgaris, il benzoato di benzile. Per facilitare la venuta dei mestrui applicazioni di compresse calde sul ventre, semicupi caldi. Se il dolore è vivo in corrispondenza di un ovaio, si possono tentare le spennellature all'ittiolo, gli unguenti calmanti, i cataplasmi laudanizzati, ed anche le pennellazioni della pituitaria con cocaina al 2 %. Ognuno di tali rimedi può vantare dei successi, ma sono ugualmente frequenti gli insuccessi; si tenteranno volta a volta tutti. Se la dismenorrea si manifesta con flusso esagerato, si porrà il ghiaccio sul ventre e si daranno ergotina, chinina, hydrastis; se invece esso è poco abbondante, si darà l'apiol.

Causale. Si cureranno le infiammazioni ovariche e le altre eventuali lesioni. Utili possono essere la kinesiterapia e l'elettricità sotto forma di corrente galvanica (polo positivo alla regione lombare, polo negativo alla ipogastrica). Talvolta sono efficaci i bagni di luce o l'elioterapia addominale. L'eventuale applicazione del radio o dei raggi X deve essere fatta con prudenza evitando la sterilizzazione.

Prima di ricorrere all'intervento chirurgico si tenteranno le cure termali adatte, le quali sono poi anche utili dopo l'intervento, assicurando e completando la guarigione. *fil.*

Nella vulvite.

M. Senechal (*Journ. de méd. de Paris*, 26 luglio 1926) consiglia:

1) Nel periodo acuto. Riposo in letto; irrigazioni abbondanti con permanganato di potassio (cg. 25 in un litro di acqua bollita); lozioni con liquore di Labarraque (g. 20 in 1/2 litro di acqua bollita); semicupi amidati; toccamenti della regione malata con tamponi di cotone imbevuti di nitrato d'argento (g. 1 in 50 cmc. di acqua distillata);

2) Nel periodo di declinazione. Continuare i semicupi; iniezioni 3 volte al giorno con il liquido seguente: Sublimato corrosivo g. 1; Acido tartarico g. 2; Blu di metilene cg. 25, in un litro di acqua bollita; introdurre in vagina tutte le sere (se vi è anche vaginite) un ovulo al tigenol, al salol, od al dermatol; cauterizzazioni con tamponi di cotone imbevuti di nitrato d'argento (1/100) o di cloruro di zinco (1/50).

Proibire i cibi drogati, il vino, il caffè, l'alcool. Trattare la uretrite che vi si accompagna. Aprire gli ascessi non appena formatisi. Se l'orificio delle ghiandole del Bartolini si infiamma, allargarlo con il coltellino di Weber (che serve per lo sbrigliamento dell'orificio lagrimale) e cauterizzare con il lapis di nitrato d'argento.

fil.

Il dolore nel carcinoma mammario.

Il dolore è raro nei primi stadi del carcinoma mammario. La sua presenza indica generalmente una degenerazione secondaria con modificazioni reattive infiammatorie. Il dolore profondo ed irradiantesi indica l'estensione della malattia; la metastasi scheletrica provoca dolore a larga distribuzione.

La proporzione dell'invasione dello scheletro è nella statistica di S. Ginsburg (*Amer. Jour. Med. Sc.*, 1926, 520) del 74.6 %.

Nei primi stadi dell'invasione scheletrica, il dolore può essere lieve ed incostante, con tendenza alla remissione ed alla periodicità; e questo fatto, unitamente all'assenza di sintomi ricorrenti da parte del seno, può essere ingannevole per coloro che non hanno molta pratica per questo tipo di cancro.

Il ripristino della funzione in casi di metastasi scheletrica può essere dovuto alla diminuzione della reazione infiammatoria ed è soltanto temporaneo. La diagnosi si fa con frequenti esami fisici e radiologici.

Nei casi avanzati di carcinoma del seno, la radioterapia è, secondo l'A., più efficace che ogni altro metodo di trattamento. Come misura profilattica, è consigliabile, dopo l'operazione, l'irradiazione non solo del seno, ma anche delle regioni scheletriche più frequentemente invase.

fil.

La preparazione dei capezzoli nella gravidanza.

Applicare negli ultimi tempi delle compresse imbevute con: antipirina g. 1; acqua distillata g. 50; resorcina cg. 20; olio di mandorle dolci g. 200.

Prima di fare attaccare il poppante, applicare sui capezzoli delle compresse con alcool a 90°.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Sulla cura farmaceutica della nefrite cronica. — Al dott. D. M., abb. n. 3012:

Non esiste una cura farmaceutica della nefrite cronica, tanto meno una speciale cura dell'albuminuria. I noti concetti ai quali deve uniformarsi l'opera del medico sono: il risparmio della sostanza renale ancora funzionante e la difesa dell'organismo contro la deficiente depurazione dell'organismo per la lesione del filtro renale.

I mezzi adatti sono riportati in ogni trattato; ma il medico persuada il malato a rassegnarsi a ridurre ogni attività della vita, a non inseguire specialità di quarte pagine di giornali e prodotti ciarlataneschi, di cui abbonda la medicina reclamistica.

T. P.

All'abb. n. 7011:

Possiamo consigliare: G. VERROTTI: *La sifilide e le malattie veneree.* Volumi 2. Napoli, Idelson, edit., 1925.

V. MONTESANO.

Al dott. M. C., da Borgopace:

1) Un lavoro recente sulla distocia da cordone è in *Journ. of Obst. and Gynecology of the British Empire*, vol. XXXII, primavera 1925, autore FR. J. BROWNE.

Ne è stato fatto un ampio riassunto nella *Clinica Ostetrica*, 1925, n. 9, pag. 435.

2) Si intende del feto o della madre?

Comunque dell'una o dell'altro si parla in tutti i trattati buoni di ostetricia.

p. g.

All'abb. n. 8894, Genova:

Diagnostica delle malattie parassitarie di G. BASILE (Roma, Casa edit. L. Pozzi);

Parassitologia di G. ALESSANDRINI (Roma, 1923, Tipo-Litografia Consorti).

R. B.

VARIA.

Il combustibile " meta „

Da qualche anno è stato lanciato in commercio un combustibile, attualmente fabbricato in Svizzera, che va sotto il nome brevettato di « Meta ». Trattasi di un combustibile solido, facilmente portabile, pulito, che si maneggia facilmente e senza pericolo e che è messo in commercio in forma di agglomerati (dischi o tavolette) bianchi.

Tale prodotto non è igrometrico, donde la sua facile conservabilità, si infiamma senza difficoltà, si spegne facilmente, non è esplosivo. Brucia con fiamma poco luminosa che ricorda quella dell'alcool, non carboniosa; dà come prodotti soltanto anidride carbonica ed acqua e svolge nella combustione un leggero odore di mele, dovuto a tracce dello stesso « meta » non combuste.

Il « meta » non è altro che un polimero dell'acetaldeide (aldeide acetica o etanal) della formola bruta $CH_3.CHO$. Un altro polimero è la paraldeide, di cui è noto l'uso in medicina.

L'acetaldeide è prodotta per sintesi dall'acetilene che, in presenza di un catalizzatore, fissa una molecola di acqua. Sui luoghi di produzione del carburo di calcio, si polimerizza l'acetilene in paraldeide che è di trasporto più facile. All'officina chimica adatta, si riottiene l'acetaldeide e, distillandola in ambiente acido, la si dirige verso serpentini raffreddati a 15 gradi sotto zero ottenendone così il « meta », oppure la si manda in gorgogliatori di alluminio dove, per ossidazione, si ottiene l'acido acetico.

La fabbricazione del « meta » esige certe cautele per impedire che esso si depolimerizzi, ciò che nuocerebbe alla sua stabilità. Da esperienze di P. Bruèr (1), risulta che un buon prodotto non subisce perdite sensibili anche dopo un anno di esposizione all'aria. Ad ogni modo, per una buona conservazione di tale combustibile è opportuno tenerlo in luogo fresco ed evitare i raggi diretti del sole.

È stato detto che il « meta » è superiore all'alcool come potenza calorifica. In realtà esso dà 270 calorie per molecola/grammo, ciò che corrisponde a 6136 calorie per kg. L'alcool assoluto dà invece 325 calorie per molecola/grammo e 7065 calorie per kg. o 5612 per litro. Il potere calorifico è quindi inferiore nel « meta »; praticamente però, siccome si usa l'alcool a 90°, il rendimento di questo è minore. Si può calcolare che 900 grammi di « meta » corrispondano ad un litro di alcool denaturato.

Il grave ostacolo per la diffusione di questo combustibile tanto comodo è dato dal prezzo molto elevato, per cui, economicamente, è ancora preferibile l'alcool denaturato con la sua puzza e con i pericoli di incendio e di esplosione a cui espone. È da augurarsi che l'Italia, buona produttrice di carburo di calcio, si decida a fabbricare anche questo prodotto a cui non può mancare il successo.

FILIPPINI.

---

(1) *Ann. de falsifications et des fraudes*, febbraio 1926.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per la battaglia del farmaco.

L'argomento appassiona molto la classe medica. Le nostre considerazioni ci hanno procurato numerose lettere di colleghi: alcuni ci hanno espresso il loro consentimento incondizionato, altri hanno formulato delle riserve. Ci si fa osservare che la cura degli infermi ha esigenze che soverchiano qualsiasi necessità di economia nazionale; che i farmaci non possano essere considerati alla stregua di altre merci, come ad esempio i profumi e gli oggetti di abbigliamento; che l'infermo vuol guarire e questo desiderio non subisce attenuazioni per preoccupazioni economiche individuali e collettive; che il medico ha il dovere di curare e che in questa missione nobilmente umana egli non deve avere limitazioni nella scelta dei mezzi.

È ovvio che tali considerazioni hanno la loro importanza e che nessuno ha mai pensato che la battaglia del farmaco indirizzata all'intento di concorrere alla difesa dell'economia nazionale, non debba essere contenuta nei limiti che sono imposti dalla opportunità e dalla necessità. Gli assolutismi e le intransigenze in materia tanto delicata possono anche condurre ad effetti opposti a quelli desiderati.

Non è il caso d'insistere sulla opportunità che la preferenza all'uso di farmaci di marca nazionale non deve essere spinta fino al punto d'assumere la forma di boicottaggio per i prodotti esteri. Così facendo si corre il rischio di provocare ritorsioni sia nei riguardi dei farmaci come d'ogni altra merce italiana d'esportazione, ritorsioni, che per ovvie ragioni, si deve aver cura d'evitare. La preferenza proclamata e praticata ad oltranza non è conveniente, allo stesso modo che il protezionismo doganale quando sia eccessivo è più nocivo che vantaggioso per l'economia nazionale, perchè provoca da parte di altri Stati misure analoghe che paralizzano gli scambi.

Ma oltre questa convenienza, che ha una portata generale, per l'uso dei farmaci, vi sono necessità dalle quali non si può prescindere, e che non possono essere soverchiate da qualsiasi altra preoccupazione. Ciò non ha bisogno di dimostrazione ed è evidente che i colleghi che ci hanno scritto in tal senso ci hanno attribuito propositi di eccessività, che non erano e non potevano essere nelle nostre intenzioni. Vi sono prodotti farmaceutici esteri di cui il medico non può fare a meno. È ben vero, ma non per questo si deve disconoscere che vi sono prodotti nazionali che meritino di essere adoperati a preferenza degli altri.

Per essere precisi riteniamo che i medici italiani non possano e non debbano fare a meno di prescrivere:

1) Farmaci sintetici che non si producono in Italia;

2) Farmaci esteri la cui purezza ed efficacia è sicuramente superiore ai farmaci analoghi prodotti in Italia;

3) Farmaci esteri, che a parità di altre condizioni, offrono in confronto dei prodotti italiani similari il vantaggio di un prezzo sensibilmente più basso.

Per quel che riguarda il primo punto ogni discussione è oziosa. Nessun medico si asterrebbe dal prescrivere un farmaco sol perchè in Italia non se ne produce.

Sul secondo punto è bene soffermarsi. In Italia si preparano oggi su larga scala farmaci chimici, opoterapici, serologici di estrema purezza e d'incontestabile efficacia, tanto che si sono imposti anche all'estero.

I medici sperimentati sanno che ad essi possono ricorrere con sicura fiducia. Ricorrere ad altri, di produzione estera, è delitto di lesa patria. Ve ne sono tuttavia alcuni che la nostra tecnica non è riuscita ancora a manifatturare con la dovuta perfezione per modo che il medico non può farvi sicuro assegnamento per il controllo delle dosi, per la sicurezza degli effetti. Per questi farmaci, noi non possiamo fare a meno che rimanere ancora tributari dell'estero, auspicando che i nostri tecnici riescano al più presto a sottrarci a questa dipendenza.

I farmaci esteri, che, essendo per altre condizioni simili ai nazionali, offrono il vantaggio del più basso prezzo non sono, a dir vero, molti. Tuttavia si tratta di un elemento che non va trascurato, in quanto i medici hanno anche il dovere di non gravare economicamente l'infermo.

Pur così limitato, il campo della battaglia per il farmaco offre ampie e magnifiche possibilità di vittoria. Una vittoria cui i medici contribuiranno rispettando, come sempre, i superiori diritti dell'umanità sofferente.

Pangloss

Pensioni dei sanitari.

Il disegno di legge sulle pensioni dei sanitari che sarà portato in discussione davanti alla Camera ai principii di novembre, ha destato il più vivo interesse nella classe dei medici.

Per quelli ancora in servizio, le nuove tabelle assicurano il massimo di pensione che arriva fino a 25 mila lire annue, per quanto a tardissima età e con più di 40 anni di servizio.

Per i sanitari entrati già in pensione con servizi prestati prima del gennaio 1923, sono con-

cessi degli aumenti proporzionali alla cifra delle pensioni attuali.

S. E. il Ministro Volpi e S. E. l'on. Federzoni che insieme si sono occupati del progetto di legge, hanno tenuto a far rilevare che per tali medici anziani si aboliva la decurtazione del 40 % sulle loro pensioni, per quanto ciò non sia consacrato in un apposito articolo di legge del progetto e per quanto i tecnici dichiarino che mai tale decurtazione fu apportata alle pensioni dei vecchi sanitari.

E allora bisognerebbe domandarsi a benefizio di quali medici parla la Relazione del Ministro, dal momento che per i medici usciti dal servizio prima del 1° gennaio 1923, si pretende che le pensioni siano state sempre integrali.

Che se esiste una lacuna nell'interpetrazione di tale concetto, è necessario che essa sia colmata e chiarita, perchè proprio per apportare tale benefizio agli anziani, i medici ancora in servizio sono stati oberati di un aggravio di 600 lire annue.

Per quanto riguarda poi l'articolo 9 del progetto nel suo ultimo comma, comma che esclude dal benefizio degli aumenti le quote delle pensioni riferibili ai contributi volontari, siamo sicuri che data la precarietà dell'esistenza dei vecchi medici, il Ministro saprà provvedere senza preoccupazioni per il bilancio.

La stampa professionale che ha manifestato il più entusiastico consenso per il nuovo progetto di legge, fa voti che la generosità del Ministro delle Finanze sappia inspirarsi, come sempre, a criteri di equa considerazione e di giustizia su tale materia, sia pure con disposizioni transitorie.

In tal modo il bilancio tecnico non verrebbe a soffrirne, con l'augurio che anche la classe medica sia beneficiata un giorno di qualche modesto sussidio governativo di pochi milioni, sussidio che, come è stato fatto per i Maestri, potrebbe sollevare le magre disponibilità della Cassa di Previdenza.

Il *Policlinico* che si è reso sempre interprete fra i più valevoli, degli interessi dei medici, faccia giungere la sua voce a S. E. il Ministro e alle Corporazioni Sanitarie, Corporazioni che molto strenuamente si sono battute per vincere questa aspra lotta delle pensioni che, per tanto tempo, inutilmente, si agitava nel vuoto.

Prof. E. Cioffi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi della febbre tifoidea.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha diramato una circolare n. 20300-2, in data 28 luglio 1926, relativa alla profilassi della febbre tifoidea. Concerne le denunzie, l'ospedalizzazione, le disinfezioni, la profilassi individuale, le vaccinazioni.

Tutela sanitaria contro la lebbra.

Il Ministero dell'Interno (Direzione Generale della Sanità Pubblica) ha disposto che le persone affette da manifestazioni contagiose della lebbra siano accolte in apposite sale delle cliniche dermosifilopatiche o degli ospedali comuni; che le spese di spedalità relative siano sostenute dallo Stato per i malati poveri; per questi provvedimenti il Ministro ha facoltà di concedere sussidi su di un fondo annuo di L. 300.000.

Per l'iscrizione sull'elenco dei poveri a Roma.

Il Governatore di Roma sen. Cremonesi ha deliberato nuovi criteri per l'iscrizione nell'elenco dei poveri: povertà assoluta (miserabilità); per le famiglie di quattro persone ed oltre, reddito medio giornaliero di L. 4 a persona; per quelle di non oltre tre persone, reddito come sopra di L. 5; quando speciali condizioni (come infermità gravi) consiglino l'adozione di criteri di benevolenza, questi resteranno affidati al prudente giudizio, concorde, dei delegati e dei medici condotti. Nel mese di marzo di quest'anno risultarono iscritte 11.748 famiglie; con i nuovi criteri si prevede un aumento di circa 2000 famiglie.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acquanegra sul Chiese (*Mantova*). — Per Mosio; L. 10,000 e 5 quadr. dec.; c.-v. in L. 2000; p. bicicl. L. 500; età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Scad. 15 ott.

Ancona. *Ospedale Civile «Umberto I»*. — Cercasi direttore del Laboratorio di chimica, microscopia, batteriologia e anatomia patologica. Inviare domanda, in carta semplice, con l'elenco dei titoli e posti occupati e pretese alla Direzione Sanitaria fino a tutto il 15 ottobre.

Bari. *R. Clinica ostetrico-ginecologica*. — Sono disponibili 4 posti di assistente volontario. Saranno assegnati dietro concorso per titoli; fra questi importanti la pratica di laboratorio e la conoscenza di lingue straniere. Inviare le domande al direttore della Clinica prof. Paolo Gaifami, entro il mese di ottobre.

Cagliari. *R. Università*. — Professore non stabile di patologia spec. chirurg. Scad. 15 ott. Vedi fasc. 39.

Casola di Lunigiana (*Massa-Carrara*). — Lire 9000 e 5 quinq. dec.; p. cav. L. 1500; p. uff. san. L. 200 (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Scad. 20 ott.

Castelluccio Super. (*Potenza*). — A tutto 25 ott., 2ª cond.; ab. 1212; L. 6000 (*sic*) e 6 quadrienni del dodicesimo (*sic*); addizion. L. 5 oltre 300 poveri.

Chieti. *R. Prefettura*. — Uff. san. di Castel Frentano (5214 ab., metà in campagna). Scad. 15 ott. Titoli ed esami. Stip. L. 5000 (*sic*).

Colbordolo (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 ott.; età lim. 40 a.; docum. a 3 mesi dal 20 sett.; tassa L. 50,15; stip. L. 8000 e 5 quadrienni dec., indennità serv. att. L. 1000, c.-v., se uff. san. L. 800, per cav. L. 3000; oltre 500 pov. addiz. L. 2 e oltre 1000 L. 3. Ab. 3618. Chiedere annunzio.

CREMONA. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Al 15 ott., anatomopatologo; vedi fasc. 39.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. in 13 Comuni; scad. 25 ott. Vedi fasc. 39.

MILANO. *Consiglio degli Istituti Ospitalieri.* — Concorso ad alcuni posti di medico chirurgo assistente con funzioni di interno. Scad. 9 ottobre. Vedi fasc. 30.

MONZA. *Congreg. di Carità.* — Due medici secondari nel Civico Ospedale Umberto I; L. 4000 e partecipaz. proventi d. paganti; nelle giornate di guardia L. 10 e vitto; obbligo di pernottam. in Osped. Nom. e conferma biennali. Tassa L. 50. Scad. 10 ott.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effett. medic.; L. 5000, stanza; turni accettaz e pr. soccorso di 24 ore L. 30. Scad. ore 18 del 31 ott. Età mass. 30 a. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Al 15 ott.; v. fasc. 36.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

ROMA. *Società Anonima Fiuggi.* — Direttore dello Stabilimento in Fiuggi; L. 18,000 e 3 bienni di L. 2000, alloggio per sè e famiglia. La nomina sarà fatta dal Consiglio d'Amministrazione secondo il suo giudizio insindacabile. Rivolgersi alla sede sociale (piazza della Pilotta 3). Scad. 31 ott.

SATRIANO DI LUCANIA (*Potenza*). — Scad. 27 ott.; L. 7000 e 6 quadrienni. Età mass. 40 a. Tassa L. 50.10. Uff. san. L'eletto potrà essere assunto dalla Società M. S. con stipendio a convenire, che per l'anno in corso ha superato L. 10,000.

S. POLO DI PIAVE (*Treviso*). — Al 30° giorno dal 20 sett.; L. 8000 e 5 quinq. dec., oltre c.-v.; addizion. L. 5 oltre 20 % popol.; L. 3500 trasp.; L. 600 se uff. san.; garentito alloggio conveniente; età lim. 45 a.; tassa L. 50.15.

VICCHIO (*Firenze*). — Per la Sezione Levante; L. 8500 e c.-v.; 8 trienni ventes.; indenn. cavalc. variabile (pel 1926 L. 3500); età lim. 35 a. Scad. 15 ott.

VILLA DI TIRANO (*Sondrio*). — Al 15 ott.; vedi fasc. 39.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Scad. 15 ott; vedi fasc. 36.

CONCORSI A PREMIO.

Fondazione F. Mantovani.

È aperto il concorso nazionale ai quattro premi della Fondazione Felice Mantovani destinati alle quattro migliori monografie originali nell'anno 1926 nel campo della fisiologia e della patologia della alimentazione del lattante.

I premi sono i seguenti: due primi premi di L. 2500, due secondi premi L. 1500.

Coloro che intendono prendere parte al concorso devono rivolgere la loro domanda, accompagnata da tre copie delle monografie, alla presidenza della Società Italiana di Pediatria e Clinica Pediatrica, S. Andrea delle Dame, 21, Napoli (57) non più tardi del 30 dic. 1926.

Le monografie saranno giudicate, nel primo trimestre del 1927, da una Commissione di tre membri, nominata dal Consiglio Direttivo della Società, dopo la chiusura del concorso.

I premi saranno assegnati dal Consiglio Direttivo della Società Italiana di Pediatria.

Premi di oculistica per il 1927.

Nel campo della Oftalmologia sono indetti pel 1927 i seguenti premi:

1) *Premio internazionale Cirincione* di lire 20.000 e due medaglie d'oro da conferirsi ad una memoria originale di Oftalmologia compiuta nel 1926. Il lavoro deve essere presentato non più tardi del 30 settembre. Non possono partecipare al concorso i professori titolari e coloro che abbiano oltrepassato il quarantacinquesimo anno di età.

2) *Premio nazionale Cidonio* di L. 7000, per la migliore memoria compiuta nel 1926 da un oftalmologo italiano. Analoghe condizioni e scadenza del premio precedente.

Il vincitore deve assumere l'obbligo di frequentare come assistente la R. Clinica Oculistica di Roma durante il quadrimestre 1927.

3) *Premio degli «Annali di Oftalmologia e Clinica Oculistica»* per il miglior lavoro pubblicato negli «Annali» durante il 1927.

4) *Premio Roselli* (oculista di Roma) di lire 1000, per il miglior lavoro comunicato da un giovane non ancora trentenne il 22 ottobre.

5) *Premio Cozzoli* (oculista di Chieti) di lire 1000, pel miglior lavoro di istologia ed embriologia umana, comunicato al Congresso del 1926.

6) *Premio del Comitato per la profilassi del tracoma*, di L. 5000, da assegnarsi al miglior lavoro comunicato al prossimo Congresso sulla geografia italiana delle malattie oculari, con particolar riguardo al tracoma, tenendo conto delle statistiche militari.

Per informazioni dirigersi alla Società Italiana d'Oftalmologia (R. Clinica Oculistica di Roma).

BORSE DI STUDIO.

I coniugi Maria Rampoldi Manzoni e prof. Roberto Rampoldi, senatore del Regno, hanno istituito quattro borse di studio di L. 2500 ciascuna, conferite da una Commissione giudicatrice. Sono ammissibili giovani di nazionalità italiana, di moralità incensurabile i quali abbiano superato l'esame di maturità nella sessione estiva con una media di almeno 7 decimi. La borsa è conferita per il primo anno di corso universitario ed è confermabile annualmente dalla Commissione. Il giovane deve risiedere permanentemente a Pavia durante il periodo delle lezioni.

Al giovane di merito eccezionale, potrà essere concessa la borsa di studio a titolo di perfezionamento anche per l'anno scolastico immediatamente successivo a quello in cui ha conseguito la laurea.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Nell'ultima tornata della Reale Accademia Nazionale dei Lincei, il prof. Antonio Dionisi, direttore dell'Istituto di anatomia patologica dell'Università di Roma, è stato nominato socio onorario, per le sue benemerenze scientifiche, specialmente per le note ricerche sulle variazioni degli elementi figurati del sangue nelle febbri malariche e sulle loro variazioni numeriche in rapporto col parassita della malaria. Quei risultati fornirono uno degli argomenti più validi a sostegno della specificità dei parassiti malarici, dimostrando che alcune forme del ciclo di sviluppo di questi ultimi, cioè le forme semilunari e le forme grandi così dette libere, terzanarie e quartanarie, non sono anemizzanti. Notevoli sono anche le ricerche del Dionisi sul parassita della malaria dei pipistrelli e i tentativi di trasmissione della malaria aviaria, che precedettero le esperienze del Ross e la cui importanza è stata proclamata dal Grassi e da altri competenti.

All'illustre scienziato, che gode di così larga estimazione per l'ingegno poderoso, la forza di lavoro, il carattere adamantino e la bontà dell'animo, i nostri rallegramenti cordiali.

NOTIZIE DIVERSE.

XXV Congresso ital. di Ostetricia e Ginecologia.

Nel Congresso che si adunerà a Modena dal 10 al 14 ottobre, si celebrerà il primo Giubileo della « Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia ». Vi porteranno interessanti relazioni gli stessi soci promotori della Società: 1) prof. sen. Mangiagalli, « Mezzo secolo di esperienza nella cura dei fibromi e del cancro dell'utero »; 2) prof. sen. Pestalozza, « Il bilancio scientifico della Società ital. di Ostetricia e Ginecologia nel suo primo Giubileo »; 3) prof. E. F. Fabbri, « I Pessari »; 4) prof. A. Guzzoni degli Ancarani, « L'evoluzione del taglio cesareo nell'ultimo cinquantennio ».

Sono già annunciate numerose comunicazioni scientifiche da ginecologi soci ed anche da non soci.

In occasione del giubileo della Società sono preparati a Modena, la città di Falloppio e nell'Università di Scarpa e di Spallanzani, speciali festeggiamenti.

Bisogna rivolgersi al segretario della Società a Roma (prof. C. Micheli, via XX Settembre 68, Roma (27)) per la più sollecita indicazione delle comunicazioni scientifiche da portare al Congresso e per la richiesta dei documenti per le facilitazioni di viaggio.

Al Congresso possono partecipare tutti i medici-chirurgi.

Società Italiana di Studi scientifici sulla tubercolosi.

Terrà il suo primo Congresso nei giorni 23 e 24 ottobre a Milano. Sede del Congresso sarà l'aula Mangiagalli, via Commenda 12, gentilmente concessa. Tema di relazione: « Il pneumotorace nella cura della tubercolosi polmonare ». I relatori, professori Carpi, Ronzoni e De Bonis, tratteranno rispettivamente dei seguenti argomenti: 1) Ragioni scientifiche. Meccanismo d'azione. Indicazioni. 2) Tecnica. Sintomatologia. Condotta della cura. 3) Risultati immediati e lontani.

Sono ammesse comunicazioni di ordine scientifico con precedenza a quelle attinenti al tema di relazione.

Le iscrizioni al Congresso sono ricevute nella sede della segreteria, via Gaudenzio Ferrari 18, Milano (15), e devono essere accompagnate dalla quota di L. 20 per i non soci.

Ricordiamo che la Società costituisce la Sezione scientifica della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la Tubercolosi, di cui è presidente l'on. prof. Raffaele Paolucci.

Congresso francese di Ortopedia.

La Società Francese di Ortopedia si adunerà a Parigi, durante la settimana del Congresso chirurgico, l'8 ottobre, nella Facoltà di Medicina. Temi ufficiali: « La rotula paralitica », relat. N. Josserand di Lione; « Trattamento delle sequele della coxalgia (escluse le recidive del processo tubercolare), relat. P. Matheu di Parigi. La segreteria generale ha sede presso la Casa editrice Masson, 120, boulevard Saint-Germain, Paris VI.

Congresso czeco-slovacco di Ortopedia.

Si è adunato a Praga dal 25 al 28 settembre. Temi discussi: « Concetto e dominio dell'ortopedia; suo significato come scienza autonoma e suoi rapporti con gli altri rami della medicina »; « Il valore degli esercizi ginnastici dal punto di vista medico e i progetti di educazione fisica per le scuole pubbliche »; « Stato attuale della terapia delle lussazioni congenite inveterate dell'anca »; « Trattamento operatorio delle lussazioni inveterate dell'anca ».

Congresso di anatomici.

Si è tenuto a Liegi il 22° Congresso della « Association des Anatomistes », sotto la presidenza del prof. Julin. Furono fatte numerose comunicazioni, concernenti in specie il reticolo di Golgi.

Congresso venezuelano di Medicina.

Si è tenuto a partire dal 19 settembre; è stato il 5° della serie. Era ripartito in tre sezioni: 1) medicina e chirurgia, 2) farmacologia e storia naturale, 3) odontologia. Tra i temi discussi sono stati: « L'appendicite: clinica, terapia e tecnica operatoria »; « Trattamento chirurgico dell'ulcera gastrica e duodenale »; « Importanza della conservazione del molare di sei anni per l'articolazione dei denti permanenti »; « Gomme-resine e oleo-resine della flora venezuelana ».

Al congresso internazionale degli americanisti.

Si è svolto negli scorsi giorni a Roma il 22° Congresso internazionale degli americanisti. Esso ha riunito i cultori di etnologia, antropologia, linguistica, archeologia, storia e geografia nei riguardi delle Americhe. Vi sono intervenuti i delegati ufficiali di 30 Nazioni.

L'Accademia di Medicina di Parigi si è fatta rappresentare al Congresso dal dott. O. Capitan.

Congresso spagnolo sull'orientazione professionale.

Si è adunato a Vitoria dal 26 al 31 luglio. Venne invocato un maggiore interessamento dei poteri pubblici al problema; la formazione di personale medico e psicotecnico specializzato; la creazione di « cartelle professionali ».

I centri anticancerosi della Francia.

Esistono attualmente 18 centri anticancerosi in Francia, dei quali 7 a Parigi o nelle immediate vicinanze; sono destinati alla diagnosi, alla terapia, alla ricerca scientifica, all'insegnamento; sono tutti affiliati, più o meno, alla Fondazione Curie, diretta dal prof. Regaud.

Questo attivo movimento anticanceroso in Francia è stato iniziato dal defunto prof. Bergonié.

Ospedale per cancerosi a Boston.

Lo Stato di Massachusetts ha approvato una legge che stanzia 100 mila dollari, ossia circa 3 milioni di lire, per trasformare il Norfolk State Hospital in un ospedale per cancerosi avanzati e altri 15 mila dollari, ossia 400 mila lire, per istituire degli ambulatori per cancerosi. Il Commissario d'igiene dello Stato ha costituito un Comitato consulente di 16 persone per cooperare alla lotta contro il cancro.

Ingrandimenti di cliniche universitarie di Iowa.

È stata decisa la costruzione di un nuovo grande Ospedale, annesso all'Università di Iowa, capace di 736 letti; le spese verranno sostenute per metà dalla Rockefeller Foundation e per metà dallo Stato di Iowa. La disponibilità di letti per la Scuola di medicina verrà in tal modo portata a 1200 circa.

L'ospedale francese di New Orleans.

È stato riaperto il 30 giugno scorso, dopo una chiusura di circa 3 anni per riattamenti e riparazioni. Venne fondato nel 1833. È stato sovvenzionato dal Governo francese e oggi il console francese ne è il presidente onorario. È capace di 110 letti ed è aperto ai medici ed al pubblico senza restrizioni.

Ospedale per detenuti a Madrid.

La prefettura di polizia di Madrid ha proposto la costruzione di un Ospedale per detenuti. Il ministro dell'interno ha dato il suo assenso, ha designato il terreno e ha stabilito che la prefettura di polizia designerà i funzionari indicati a sorvegliare l'andamento dell'istituto specializzato.

Ospedale per infortunati a Vienna.

L'anno scorso venne istituito a Vienna lo « Unfallspital », ospedale per infortunati. Senza tener conto dei benefizi personali che ne traggono gli infortunati, è risultato che durante un anno di esercizio esso ha fatto risparmiare alle Casse per malati circa 300.000 lire, in quanto le cure immediate hanno ridotto a un decimo le spese di pronto soccorso; a questa economia saranno ancora da aggiungere quelle risultanti dalla diminuzione delle invalidità.

Corso di perfezionamento sul cancro.

Avrà luogo presso il « Centro regionale di Lotta Anticancerosa Paolo Strauss » di Strasburgo, annesso alla Facoltà Medica, dal 18 ottobre al 6 novembre, sotto la direzione del dott. Gusett (Ospedale Civile). Tassa Fr. 250, da versare alla segreteria della Facoltà.

Un concorso a premi per la chirurgia in Olanda.

La Società Olandese di Chirurgia, in occasione del suo 25° anniversario, che verrà celebrato nel 1927, ha deciso di porre a concorso i seguenti due temi: « Studio clinico e sperimentale sull'influenza dell'alimentazione nella guarigione delle fratture » e « Studio clinico e sperimentale sull'atrofia ossea ». Potranno partecipare al concorso soltanto olandesi.

Commemorazione di Battista Grassi.

Nell'anniversario della morte di Battista Grassi si radunarono al cimitero di Porto in Fiumicino, ove il Grassi volle essere seppellito, numerosi amici ed ammiratori dell'estinto, e gli alunni delle scuole elementari di Fiumicino, Porto e Isola Sacra, con le loro insegnanti. La Fondazione Rockefeller, che si è proposta di continuare l'opera del Grassi in tale zona, aveva fatto deporre sulla sua tomba una grande corona d'alloro coi nastri italiani e americani. Il discorso commemorativo fu tenuto dal dott. V. E. Ovazza.

In occasione di tale cerimonia, la sig.na Grassi conferì i due premi annuali di L. 300, lasciati dall'estinto, e il premio fondato da un Comitato di contadini di Porto.

Commemorazione del dott. Vicentini.

Il 18 settembre fu solennemente commemorato a Chieti il dott. Filandro Vicentini, testè deceduto in età di 90 anni.

Pronunziò il discorso commemorativo il dott. Giulio Cozzoli; parlarono anche il sindaco di Chieti, ove il Vicentini visse lunghi anni, e il podestà di Fara Filiorum Petri, sua patria; il segretario dell'Ordine dei Medici lesse le numerose adesioni.

Il Vicentini esplicò un'attività molteplice. Era laureato in lettere e filosofia, in matematica e in medicina e chirurgia. Insegnò letteratura italiana nell'Istituto Tecnico di Chieti; redasse un progetto di ferrovia; ma egli si consacrò sovra-

tutto alla medicina scientifica e pratica; fu autore di numerose e apprezzate memorie; a lui si deve la scoperta della *Streptothrix* boccale, che destò vivo interessamento in Italia e fuori, per quanto non venissero condivise le idee dello scopritore, che la considerava come capostipite di tutti i germi; viene designata ancora come « organismo del Vicentini ».

Si è deciso di fondare un premio Vicentini per studî batteriologici.

Un'epidemia di febbre miliare.

È scoppiata a Montmorillon, in Francia. Le autorità sanitarie locali hanno chiesto il concorso e l'aiuto dell'Accademia di Medicina di Parigi, che ha inviato una Commissione, composta dei dottori Teissier, Renault e Brumpt.

Aumento di produzione dell'olio di fegato di merluzzo.

Il « Department of Commerce » degli Stati Uniti comunica che il perfezionamento dei mezzi di pesca ha portato un aumento di produzione e un abbassamento di prezzo dell'olio di fegato di merluzzo. La produzione per l'anno in corso si può valutare di 108.000 ettolitri, con un incremento di oltre il 25 % sull'anno scorso. Nella sola provincia di Finmarken, in Norvegia, sono stati prodotti nel primo semestre 74 milioni di Kg. di olio, mentre in tutto il 1911 la produzione era stata di 50 milioni.

Avvelenamenti da amalgama dentario.

Il prof. A. Stock, direttore della Sezione chimica dell'Istituto Imperatore Guglielmo di Berlino, ha richiamato recentemente l'attenzione, nella « Münch. Med. Woch. », su casi di grave idrargirismo da amalgama dentario.

Medici americani a Vienna.

Un gruppo di medici americani capitanati dal dott. Wilson ha visitato Vienna. Sono stati accolti con molta cordialità. In loro onore sono state tenute conferenze da Wagner-Jauregg (sulla malarizzazione terapeutica dei dementi paralitici), da Wenckebach, Eiselsberg, Neumann, Hajeck, Müller e Fuchs. Gli ospiti si sono molto interessati ad alcuni istituti scientifici e di assistenza sanitaria, come pure alle 25.000 abitazioni igieniche, confortevoli e a basso prezzo, costruite dall'autorità municipale. Gli ospiti hanno trovato più di 180 medici connazionali, che compiono a Vienna studî di perfezionamento e che sono inscritti all'Associaz. Medica Americana locale.

Restrizioni della pubblicità medica a Berlino.

La Camera Medica (corrispondente all'Ordine dei Medici) di Berlino, ha disciplinato rigorosamente la pubblicità dei suoi iscritti. A titolo di esempio, le tabelle non possono eccedere 40×30 cm., non possono portare figure di nessuna specie, non possono portare indicazioni di esami o di cure radiologiche se non per i radiologi specializzati, non possono essere affisse nelle farmacie, nè in luoghi pubblici, ma solo in vicinanza della porta d'abitazione o del gabinetto di consulenza. Annunzi a caratteri marcati nelle guide cittadine, negli elenchi telefonici, ecc. sono considerati non etici. Per tabelle speciali si richiede l'autorizzazione della Camera Medica.

Inchiesta sulle malattie causate dai Raggi X.

La Società Radiologica Svizzera ha avviato una inchiesta sulle lesioni e malattie cagionate dalla professione di radiologo.

Tutti i medici e tutti coloro che hanno conoscenza di fatti concreti sono invitati a darne dettagli.

Si tratta di un'inchiesta confidenziale a puro scopo scientifico.

La Soc. Radiologica Svizzera, che finora aveva una vita puramente locale, si è inserita nella vita internazionale radiologica e si è fusa con la Soc. Radiologica Scandinava, di cui organo ufficiale sono gli *Acta Radiologica*, pubblicati a Stoccolma. Quivi possono essere indirizzate le comunicazioni.

Infortuni di sanitari.

Il prof. Azzolino Tonnini, dell'Ospedale di Mondolfo (Pesaro), è rimasto ustionato e ferito alla faccia per l'incendio di un fornello di benzina, mentre operava un contadino di laparotomia. Prima di farsi medicare egli volle ultimare l'intervento. Anche l'infermiera Teresa Facchini rimase ustionata e molto gravemente.

Il dott. Romeo Petrucci da S. Nicandro Garganico (Foggia) visitava una paziente quando questa, estratta da sotto le lenzuola una rivoltella, esplodeva parecchi colpi contro di lui, riducendolo in fin di vita.

Il dott. Giulio Marcorelli, direttore dell'Ospedale di Chiaravalle, e due figli, due nipoti e un garzone, sono rimasti più o meno gravemente feriti per l'investimento di un'automobile, guidata dal Marcorelli, in un passaggio a livello sulla linea Chiaravalle-Jesi, da parte di un treno proveniente da Terni. Poco dopo uno dei figli moriva nell'Ospedale.

Il dentista Eugenio Coreggia, che guidava una motocicletta sullo stradone da Valmadonna ad Alessandria, andava a cozzare contro un paracarro rimanendo lievemente contuso; un conoscente, il quale aveva preso posto sulla macchina, rimaneva ucciso.

Il farmacista dott. Gino Ferrari da Roccoferraro (Mantova) guidava un'automobile su cui avevano preso posto due figlie e una signora, lungo la strada provinciale; presso la borgata Angeli, comparve improvvisa, da una svolta, una motocicletta, che egli volle evitare, sterzando: ma la macchina andava a cadere in un fossato e ribaltava; il Ferrari rimase gravemente ferito; gli altri più o meno feriti e contusi.

La dott.sa Ida Cacciagli di Torino è sfuggita ad un grave pericolo: avendo ricevuto un pacco postale inatteso, ebbe l'avvedutezza di mandarlo in questura; esso venne aperto dalla Direzione di Artiglieria, che vi trovò un kg. di balistite ed una boccetta di gas venefico.

Alleanza di istituzioni d'igiene in Svizzera.

La Società Svizzera d'Igiene ha formato una Alleanza con le altre Società d'igiene esistenti nel Paese, e cioè: Associazione contro la tubercolosi; Lega Nazionale contro il pericolo dell'alcoolismo; Associazione d'igiene e di tecnica urbana, Commissione federale per il gozzo, Federazione dei medici svizzeri, Fondazione *Pro juventude*, Federazione d'igiene sociale e morale. L'Alleanza provvederà allo scambio di pubblicazioni e programmi d'azione tra le diverse Società che ne fanno parte, e organizzerà Congressi nazionali d'igiene. («Ann. d'Ig.», ag. 1926).

Il dott. Marañon.

Il dott. Gregorio Marañon, noto studioso e giornalista medico di Madrid, è stato arrestato ed imprigionato per motivi politici; è stato poi rimesso in libertà.

Inattese conseguenze dello sciopero generale inglese.

L'Ospedale Metropolitano di Londra, che ha sede alla Kingsland Road, organizza tutti gli anni una festa, con processione carnevalesca e quadri viventi, per raccogliere fondi destinati al mantenimento dell'ospedale stesso.

Quest'anno gli operai che dovevano condurre i veicoli si sono rifiutati, nella loro qualità di trade-unionisti, a titolo di risentimento e di protesta contro gli studenti di medicina, molti dei quali durante lo sciopero generale si erano prestati come volontari a fare da conducenti di veicoli.

Le autorità ospedaliere, a nome del «Carnival Commettee», hanno votato un ordine del giorno di protesta, nel quale dichiarano che gl'interessi ospedalieri devono restare al disopra dei conflitti di classe, per ragioni umanitarie e perchè gli ospedali soccorrono tutte le classi, compresa quella degli ex-scioperanti.

Intossicazione da tintura per capelli.

Si è svolto a Londra un processo contro la casa produttrice di una tintura per capelli, l'«Inecto». È stato promosso da una signora, che accusava di averne riportato dolori di testa, eruzioni, gonfiori, sfiguramento permanente, disturbi cardiaci e disturbi nervosi. La ditta si è difesa rilevando che la signora non aveva eseguito un saggio preliminare, per escludere la propria ipersensibilità, come è prescritto nelle istruzioni. Il tribunale ha condannato la ditta stessa a pagare alla signora una somma corrispondente a 70,000 lire it., oltre una somma per «danni speciali» da determinarsi. La tintura è a base di parafenilendiamina.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 20 feb. — A. CASTELLANI. Sul metodo della fermentaz. per deetrminare il glucosio dell'urina. — J. V. KLANDER. Eresipeloide ed eresipela suina nell'uomo.

Prensa Méd. Argent., 20 gen. — M. R. CASTEX e al. Salvarsan per via intratracheale. — 30 gen. M. R. CASTEX e al. Sull'amebiasi umana.

Folia Med., 28 feb. — P. CORSORELLO. La classifica degli itteri. — M. GUARDABASSI. Etiologia del morbillo.

Paris Méd., 6 mar. — Numero sulla sifilide e le malattie veneree.

Anales Faculd. Med. (Montevideo), ott. — E. PORREY. Anestesia locale da nichetolo.

Boletin Inst. de Med. experiment. (Buenos Aires), nov.-dic. — A. H. ROFFO e al. Contributi di oncologia.

Arch. de Cardiol. y Hemat., feb. — J. MAS Y MAGRO. Metamielociti, neutrofili e metamielocitosi.

Welfare Magazine, gen. — W. COLVIN. Distruttività isterica. — H. HOWARD. L'anestesia morale.

Zeitchr. f. d. ges. Krankenhauswesen, 2 gen. — JUCKENAK. Conserve e vitamine nell'alimentaz. dei malati. — 13 mar. BALLIN. Sulla terapia del riposo all'aria libera pei tubercolotici.

Riv. Cl. Med., 30 gen. — L. CASTALDI. Armonie e disarmonie dell'accrescimento. — G. GUIDI. La curva termica nell'infezione tifoide.

Pediatr., 15 mar. — P. PINCHERLE. Reperti radiologici nella pertosse.

Evol. thérap., mar. — L. LEMATTE. Le tecniche opoterapiche.

Bull. Méd., 10-13 mar. — R. BENON. Il periodo medico-legale della demenza precoce.

Paris Méd., 13 mar. — SURMONT. La sindrome meccanica dell'ipotensione portale. — SCHWARZ I falsi tumori della glandola mamm.

Journ. A. M. A., 27 feb. — A. DEAN BEVAN. L'organizzaz. delle scuole mediche. — W. L. CLARK. Elettrotermia delle neoplasie. — D. ZACKS. Tbc. ilàre. — A. L. GARBAT. Insufflaz. intraperit. di ossig. nella peritonite tbc. essudat.

Münch. Med. Woch., 12 mar. — W. ALWEUS. Eziol. e terap. dei reumat. art. cron. — J. GERSHNANN. Reperti di spirochete in paralitici malarizzati. — A. BUSCHKE e al. Oligodinamismo dei sali metallici. — SIELMANN. Radioter. dell'ipertiroidismo. — K. RAUSCHKE. Leucopenia aliment. di Widal nella diagn. di cancro

Actonoterapia, mar. — G. C. PERACCHIO. Potere oncolitico dei sieri cancerosi in rapporto alla röntgenterapia.

Giorn. Batteriol. e Immunol., feb. — A. MUGGIA. Attenuaz. del bacillo del tubercolo per mezzo di sost chimiche.

Ann. Ostet. e Gin., feb. — G. A. BROSSA e S. ZOCCHI. Stato colloidale del siero nella madre e nel neonato.

Radiol. Med., mar. — O. ALBERTI. Studio roentgenologico degli ascessi subfrenici.

Riv. Ospedal., gen. — U. ARCANGELI. La cura della febbre tifoide.

Journ. Méd. Français, feb. — Numero sulle periviscеriti.

Morgagni, 7 mar. — I. IACONO. Il relativismo contemporaneo e la medicina.

Igiene Mod., mar. — F. TALLO. Sulla « esaltina » dell'avitaminosi *in vitro*.

Presse Méd., 13 mar. — G. RAMON. Sieri antidifterico e antitetanico purificati. — 17 mar. — C. LEVADITI e al. L'eritema polimorfo e il suo agente eziologico: *Streptobacillus moniliformis*.

Ann. de Méd., gen. — C. MOREL e al. Gli ascessi splenici d'origine tiroidea. — E. FROMMEL. L'arterite nodosa. — D. JACQUEROD. La lobulite tbc.

Proc. R. Soc. Med., *mar.* — Discussioni su: Morbo di Hodgkin; trattamento della tbc. polm. con la sanocrisina; eziologia e trattam. dell'eczema infant. — Casistica.

Wien. Klin. Woch., 18 mar. — MÜLLER. Patogen. e trattam. della miopia e sue conseguenze. — TAKAKI. I virus di Caronia.

Minerva Med., 20 mar. — F. NEGRO. Emiatrofia facciale progress.

Paris Méd., 20 mar. — Numero sul cancro.

Brit. Med. Journ., 20 mar. — E. MELLAUBY. Dieta e malattia.

Deut. Med. Woch., 19 mar. — FÜHNER. Antagonismo e sinergismo. — PLANT. L'ulcera luetica delle fauci.

ediz. Klinik, 19 mar. — O. MINKOWSKI. Trattam. insulinico del diabete. — C. LEINER. Manifestazioni cerebrali nel decorso della vaccinaz. jenner.

Bull. Ac. de Méd., 9 mar. — E. JEANSELME e BURNIER. La sifilide è in decremento? — P. REMLINGER. Necessità di un controllo tecnico dei laboratori.

Journ. A. M. A., 8 mar. — J. SHELTON HORSLEY. Gastrectomia parziale. — A. S. MACLAIRE. Trattam. dei traumi cranio-encefalici. — L. BLITZSTEN e W. BRAMS. Emicrania con equivalenti addominali.

Brit. Journ. Radiol., mar. — D. QUIRCK. Trattam. del carcinoma della lingua.

Acta Dermato-Venereol., dic. — H. HOFFMANN. Disturbi endocrini nelle mal. cut. — A. RAUBER. Actinomicosi primaria.

Riv. Ital. Ginec., mar.-apr. — D. FERRACCIU. Produz. speriment. di endometriomi. — E. DE BELLA. Morbo di Reclus. — A. SCONTRINO. Albuminurie gravidiche e funzione renale.

Pathologica, 15 mar. — G. ABRUZZESE. Ipertrofia compensatoria delle isole di Langerhans.

Scalpel, 20 mar. — R. DUHOT. Chimioterapia endoven. della blenorragia.

Gaz. d. Hôp., 17 mar. — J. EMMET e M. LEPAUMIER. Sieroterapia antigangrenosa. — 20 mar. P. CHEVALLIER. La punt. lomb. esploratr. nella sifil.

Welfare, mar. — H. HAAHT. Rieducazione dei fanciulli post-encefalitici. — J. T. NERANCY. Malarioterapia della p. p. — A. SAUNDERS. La reaz. di Meinicke.

Haematologica, I. — P. INTROZZI. Mielosi globale pseudo-aplastica. — A. PERRONCITO. Derivaz. delle piastrine. — L. FONTANA. Cellule istioidi circolanti in varie emopatie.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 11 Ottobre 1926 Fasc. 41

IL POLICLINICO

fondato dai professori:
GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI CLINICA PEDIATRICA
DELLA R. UNIVERSITA' DI ROMA.
Direttore incaricato: Prof. F. VALAGUSSA

Contributo clinico e sperimentale alla cura del rachitismo con l'estratto di olio di fegato di merluzzo ottenuto col metodo di Zucker

del dott. LUIGI SABATINI, aiuto.

Le moderne conquiste nel campo della terapia hanno dato un notevole impulso agli studi sulla patogenesi del rachitismo. In base alle più recenti vedute esso consiste in una particolare anomalia del ricambio, caratterizzata principalmente dalla diminuzione del fosforo ematico e, secondo molti autori, anche dall'aumento dell'acidità del sangue. Questa anomalia del ricambio determina, per vari meccanismi, una deficiente fissazione del calcio nelle cartilagini in via di sviluppo, e ciò clinicamente si traduce con un più o meno imponente corteggio di abnormi manifestazioni a carico del sistema scheletrico, tra cui primeggiano le deformazioni al cranio, alla colonna vertebrale e ai segmenti lunghi dell'apparato locomotore. Peraltro, negli stadi più precoci in cui tali manifestazioni ancora non esistono, l'esame radiologico rivela tipiche alterazioni dell'omogeneità e della forma della zona provvisoria di calcificazione.

La costante diminuzione del fosforo ematico nel rachitismo in atto è stata esaurientemente dimostrata da Howland, Kramer (1), Freudemberg, Gyorgyi (2) e molti altri. D'altra parte qualsiasi terapia che migliori il rachitismo fa aumentare il fosforo ematico: ciò è stato dimostrato per l'olio di fegato di merluzzo (Howland e Kramer), per la luce solare, per i raggi ultravioletti (Kramer, Gasparis, Howland).

Secondo molti autori nel rachitismo esisterebbe inoltre uno stato di acidosi che, come si sa, si manifesta dapprima con la diminuzione della riserva alcalina, restando inalterato il PH, mentre nei casi più gravi si avrebbe una diminuzione del PH. Questo stato di acidosi nei rachitici è stato dimostrato sia notando un'aumentata eliminazione urinaria di ammoniaca (Hodgson, Freu-

(1) Amer. Journal of dis. of Childr., vol. 30, n. 1-2, 1925.
(2) Jahrb. f. Kind., n. 5-6, 1925.

demberg, Gyorgyi), sia dimostrando la diminuzione della riserva alcalina del sangue (Blum, Delaville, von Caulaert) (1).

La dimostrazione di un aumento del fosforo ematico e di una diminuzione dell'acidosi in seguito a procedimenti antirachitici, dimostra che questi procedimenti sono stati efficaci ed hanno raggiunto lo scopo prefisso.

Per controllare l'efficacia antirachitica di una determinata sostanza noi possiamo quindi attingere dall'indagine di laboratorio elementi atti a completare i risultati dell'indagine clinica. Senonchè le moderne ricerche biochimiche atte a svelare queste modificazioni del tasso in fosforo e dell'equilibrio acido basico del sangue oltre ad essere di una notevolissima difficoltà esigono mezzi tecnici non sempre a disposizione. La ricerca del PH nel sangue, ad esempio, quando non si possa utilizzare il metodo elettrometrico, è di una straordinaria delicatezza tanto che noi rinunziamo fin d'ora a prendere in seria considerazione i risultati delle indagini personali sull'argomento che più oltre esporremo (2).

(1) Presse Méd., n. 48, giugno 1925.

(2) Lo stato di acidosi, che sarebbe per alcuni AA. (Blum, Delaville, V. Caulaert, *Presse Méd.*, n. 48, 1925) un fenomeno costante nel rachitismo florido avrebbe pertanto, secondo costoro, una importanza fondamentale per le lesioni scheletriche, anzi sarebbe responsabile di queste in quanto arresterebbe l'ossificazione al suo inizio, cioè a dire la fissazione del calcio per parte del tessuto osteoide.

Queste vedute però meritano conferma, tanto più che fino ad ora non si è raggiunto l'accordo circa l'influenza delle modificazioni dell'equilibrio acido-basico del sangue non solo nel rachitismo ma anche in altre malattie in cui è stata menata in campo questa modificazione.

A spiegare il conflitto delle idee esistenti sull'argomento è stata, per es., da alcuni AA. emessa una teoria fondata sullo squilibrio fra acidi e basi, nel senso di una alcalosi o di una acidosi, circa la patogenesi della spasmofilia, di cui sono noti i rapporti del rachitismo. Ebbene, proprio di questi giorni alla tornata del 15 luglio della riunione della Società di Pediatria di Parigi, Woringer e Remer, determinato il PH del plasma di 19 lattanti spasmofili, concludono che non esiste alcalosi del sangue nella spasmofilia del lattante e che l'equilibrio acido-basico o è normale o leggermente modificato nel senso di una acidosi compensata.

Alle medesime conclusioni si associano Debrè, Lesnè, Guillaumin, Turpin e Henyer, il quale soggiunge che l'analisi chimica del sangue non permette alcuna conclusione clinica nè pratica dal punto di vista degli stati spasmofili.

A parte ciò, Blum e collaboratori studiano le modificazioni fisico-chimiche del sangue per mezzo dell'ultrafiltrazione; altri AA., come abbiamo detto, si fondano sulla determinazione del PH, che è una cifra convenzionale rappresentante l'esponente negativo della concentrazione ionica del sangue e che ne designa l'acidità o l'alcalinità (il limite in cui oscilla la concentrazione ionica del sangue è tra 7.2 e 7.3, rappresentanti la massima acidità compatibile colla vita, come nel coma, e 7.8, 8.2 rappresentanti la massima alcalinità). Per la determinazione del PH esiste un metodo elettrometrico, che è il più preciso, e un metodo colorimetrico.

Nelle nostre esperienze ci siamo serviti del metodo colorimetrico di Michaelis.

Praticamente più importante quindi, specie quando si tratti del rachitismo umano, è la dimostrazione radiologica del ritorno al normale della calcificazione; questo ritorno alla norma della struttura cartilaginea permette senz'altro di dedurre che tutte le anomalie che caratterizzano il ricambio rachitico sono scomparse ed è alla indagine radiologica che abbiamo perciò attribuita la massima importanza nelle presenti ricerche sul rachitismo umano.

Nei riguardi del rachitismo sperimentale, considerazioni analoghe ci hanno condotto ad affidare al reperto istologico l'interesse fondamentale.

Nel gennaio 1921 Mac Collum, Simmonds, Shipley e Park, mediante regimi deficienti in calcio e fosforo riuscirono a riprodurre nei ratti delle lesioni analoghe a quelle che Mellamby nel 1918 era pervenuto a provocare nelle ossa di questi animali sottoposti a dieta carenzata.

In quello stesso anno e nell'anno dipoi — mentre si dimostrava che la carenza di un regime in vitamina A, determinante l'arresto della crescenza e la Xeroftalmia, non induce nelle ossa lesioni rachitiche ma l'osteoporosi pseudo-rachitica di Schmorl — autori americani (Pappenheimer, Hess e Mac Cann) adottavano sui ratti regimi (dieta 84 e 85 di Pappenheimer) in cui la sola carenza in fosforo basta a determinare nell'animale lesioni scheletriche comparabili a quelle del rachitismo umano (ipertrofia irregolare della zona di proliferazione della cartilagine, sua invasione da parte dei vasi, assenza di fissazione del calcio, ecc.) e da essi interpretate perciò come manifestazioni caratteristiche del rachitismo animale.

Queste loro esperienze sull'animale furono a breve distanza confermate da moltissimi autori.

Dal canto suo, Marfan (*Pres. Med.* n. 4-1925), sulla base dei risultati di controllo eseguiti in collaborazione con Dorlencourt, Debray e Spanien, fa alcune riserve sulla natura di queste lesioni, cui però riconosce una evidente fisionomia rachitica.

Più tardi, allo scopo di controllare se le diete rachitigene preconizzate dagli autori americani e particolarmente la dieta 85 di Pappenheimer (ricca in idrocarbonati e in calcio ma estremamente povera in fosforo) siano veramente tali, De Gennes sottopose a quest'ultimo regime diversi lotti di

ratti bianchi divezzi dell'età di 3-4 settimane, ottenendo lesioni ossee macroscopiche e microscopiche (mancano solo le alterazioni midollari) tanto vicine a quelle del rachitismo umano da fargli ammettere l'identità di esso co' rachitismo sperimentale.

In proposito sono in corso nostre più precise personali esperienze.

L'odore ed il sapore sgradevole dell'olio di fegato di merluzzo e la frequente intolleranza che verso essa presenta un certo numero di bambini, ha indotto — oltre a ragioni di studio teorico — molti AA. a cercare di isolare da esso l'elemento antirachitico. È stato così dimostrato che l'olio di fegato di merluzzo ossidato mantiene la sua efficacia antirachitica (Fraudemberg, Klocmann (1), Mc. Collum (2), Wagner e Wumberg (3), Zappa (4) e che il fattore antirachitico dell'olio di fegato di merluzzo passa tutto nella porzione insaponificabile di questo (Poulssen (5), Dubin (6), Beumer (7), ed altri. Perciò tutti i tentativi per separare il fattore antirachitico dai grassi si sono basati sul fatto che questo rimane nel residuo insaponificabile quando il grasso è idrolizzato.

I primi ad accertare che la sostanza antirachitica dell'olio di fegato di merluzzo può essere dimostrata, dopo l'idrolisi alcalina, in una frazione insaponificabile solubile nell'etere furono Zucker, Pappenheimer e Barnett (8).Più tardi Zucker (9) introdusse una modificazione molto importante nel processo mercè la quale riuscì ad ottenere un estratto contenente tutto il fattore antirachitico, e ciò trattando l'olio grezzo con alcool etilico al 95%, saponificando l'estratto alcoolico, precipitando i saponi, estraendo con etere la parte insaponificabile e separandola dalla colesterina mediante il raffreddamento. Questa frazione concentrata dell'olio di fegato di merluzzo — che ha il pregio di essere ottenuta con un processo eseguito interamente a freddo e che secondo Zucker ha un'azione antirachitica mille volte superiore a quella di uno stesso volume dell'olio da cui deriva — vien quindi sospesa in glicerina, per modo che quattro gocce della preparazione hanno un valore approssimativo equivalente a quello di un cucchiaino di olio di fegato di merluzzo.

(1) Jahrb. f. kind., 78-47, 1913.
(2) Journ. of biol. chem., vol. 53, pag. 293, 1922.
(3) The Lancet, 12 giugno 1925.
(4) Sez. Genovese. Soc. it. Ped., marzo 1925. — Zentr. f. d. ges Kind., 14, 1923, pag. 482.
(5) Presse Méd., 1924, n. 14.
(6) American Journal of dis. of childr., vol. 30, n. 1, 1925.
(7) Zeitsch. f. Kind., vol. 37, n. 1-3, 1924.
(8) Proc. of the Soc. f. Ep. biol. a. Med., vol. 19, pag. 167, 1922.
(9) Ibidem, vol. 20, pag. 136, 1922.

* * *

Allo scopo di studiare il valore curativo del prodotto di Zucker nel rachitismo abbiamo pertanto istituito una serie di ricerche sperimentali sull'animale, ed in base ai risultati ottenuti abbiamo esteso il trattamento sul bambino rachitico.

Sugli animali, saggiata la tolleranza del prodotto, dovevamo naturalmente proporci di dimostrare la influenza della sua somministrazione sui principali fattori che entrano nel meccanismo di produzione del rachitismo.

Sottoponendo ad esperimento diversi lotti di ratti bianchi abbiamo quindi inteso di rispondere al quesito fondamentale: se, cioè, il prodotto contenesse il fattore di accrescimento e il fattore antirachitico.

Prima di che però, a semplice titolo di esperimento — a malgrado sia dimostrato che il prodotto iniziale, cioè l'olio di fegato di merluzzo, non contiene il fattore antiscorbutico e quello antiberiberico e fosse quindi, a fortiori, agevole la deduzione che tali fattori difettino anche nel l'estratto dell'olio medesimo — abbiamo voluto saggiare l'influenza di questo ultimo derivato sull'animale sottoposto a dieta beribegena.

I ORDINE DI ESPERIENZE.

A tale scopo abbiamo trattato tre differenti lotti di piccioni sottoponendo il primo lotto (4 piccioni) ad alimentazione normale (controllo); il secondo lotto (5 piccioni) ad alimentazione carenzata, con riso brillato sterilizzato a 120° e farina di riso; il terzo lotto (6 piccioni) a questa dieta addizionata di E. O. F. M. (1).

Come risultato: i piccioni controllo dopo due mesi si mantenevano in perfette condizioni: dei piccioni del secondo lotto uno moriva dopo 11 giorni, uno dopo 19, un terzo dopo 23 e gli altri due a 1 mese dall'inizio del trattamento: in tutti sin dai primi giorni si riscontrò disappetenza, stomatite, diarrea verde e sintomi più o meno imponenti di polineurite ad evoluzione cronica e di gravità progressiva. Con la medesima sindrome, ed a distanza di tempo pressochè uguale dall'inizio delle esperienze, vennero a morte tutti i piccioni del terzo gruppo.

Ciò dimostra all'evidenza che nell'E. O. F. M. non è contenuto il fattore antiberiberico, come non lo è contenuto nel prodotto grezzo.

II ORDINE DI ESPERIENZE.

Abbiamo sottoposto ad esperimento due differenti lotti di ratti bianchi, appena divezzi, dell'età

(1) Per brevità, indichiamo così, con le iniziali, l'estratto di olio di fegato di merluzzo, ottenuto da Zucker.

media di tre settimane. Di ciascun lotto un primo gruppo fu tenuto ad ambiente normale, un secondo gruppo all'aperto ed esposto, per pochi minuti pro die, all'azione diretta dei raggi solari, un terzo gruppo all'oscurità. A sua volta poi ciascuno di questi gruppi è stato suddiviso in tre sottogruppi, dei quali uno (6 ratti) fu tenuto (controllo) a dieta normale (pane, latte, acqua), uno (6 ratti) a dieta rachitigena semplice — priva (dieta 84 di Pappenheimer per il primo lotto) o meno (dieta 85 di Pappenheimer per il secondo lotto) di grassi ed albumine (1) — ed il terzo (6 ratti) a dieta 84 (primo lotto) e rispettivamente 85 (secondo lotto) addizionate di E. O. F. M. (una goccia al giorno).

Esponiamo dettagliatamente nel prospetto, a pag. 1421, i risultati ottenuti in questo ordine di ricerche (1).

Ancora più imponenti delle manifestazioni di distrofia generale sono risultate all'esame istologico le lesioni a carico dello scheletro.

Ci limitiamo, per brevità, a dare una dettagliata relazione dei reperti microscopici delle sezioni delle ossa dei ratti del primo (dieta 84) e secondo (dieta 85) gruppo, mantenuti in ambiente normale, rispettivamente appartenenti alla medesima covata, sottoposti contemporaneamente ad esperimento e contemporaneamente sacrificati dopo quattro settimane e mezza dall'inizio del trattamento.

RATTO CONTROLLO N. 4 del I lotto, I gruppo, sottogruppo *a*. Notevole sviluppo di trabecole ossee nella sostanza spugnosa. (Obb. 3; ocul. 3).

ESAME MICROSC. DELLE OSSA DEI RATTI (Prof. Dionisi).

Ratto a dieta ordinaria (controllo), n. 4 del 1° lotto, 1° gruppo, sottogruppo *a*). Si osserva: nucleo di ossificazione molto ben sviluppato, con trabecole ossee calcificate, corpuscoli ossei ben netti e midollo grasso e linfoide ben sviluppato. La cartilagine seriata è disposta in file regolari e la linea di ossificazione perfettamente normale. Nella sostanza compatta i canali di Havers e le lamelle ossee sono ordinate in maniera perfettamente normale, e nella sostanza spugnosa a trabecole ossee ben costituite si interpone tessuto grassoso e tes-

---

(1) Composizione dieta 84:

Farina purificata comune	gr.	95
Lattato di calcio	»	2,97
Cloruro di sodio	»	2,02
Citrato ferrico	»	0,01
	gr.	100

Composizione dieta 85:

Farina purificata comune	gr.	80,9
Albumina d'uovo	»	10
Burro	»	5
Sali (cloruro potassio, carbonato di sodio e di magnesio, lattato di calcio, citrato ferrico, ioduro e solfato acido di potassio, solfato di manganese, fluoruro di sodio)	»	4,1
	gr.	100

(1) Dei ratti a dieta 84 e 85 abbiamo eliminato nella tabella il gruppo al sole, stante i risultati pressochè identici ottenuti sui diversi gruppi di ratti nei confronti dell'ambiente.

(I LOTTO). — DIETA 84 (PAPPENHEIMER). — *I Gruppo ad Ambiente normale*

a) sottogruppo controllo (4 ratti)

	8-V	19-V	26-V	4-VI	Annotazioni
1 M. gs.	45	65	85	106	Nulla di notevole
2 F. «	50	65	80	105	
3 F. «	55	70	84	98	
4 F. «	50	80	100	108 +	

b) sottogruppo a dieta 84 semplice (6 ratti)

	8-V	19-V	26-V	4-VI	ANNOTAZIONI
1 F. gr.	55	55	60	60	Gravissimo deperimento, astenia, perdita quasi completa del pelo, difficoltà a muoversi, scoliosi, incurvamento degli arti, enormi tumefazioni epifisarie, frattura spontanea (N. 4) delle ossa.
2 M. «	40	45	50	55	
3 M. «	50	60	62	70	
4 M. «	48	48	50	48	
5 M. «	35	37	40	50	
6 M. «	40	42	42	50+	

c) sottogruppo dieta 84 più E. O. F. M. (6 ratti)

	8-V	19-V	26-V	4-VI	ANNOTAZIONI
1 F. gr.	40		42	45	Gravissimo deperimento, enorme rarefazione del pelo, limitazione movimenti attivi, incurvamento del rachide ed ossa lunghe degli arti, notevoli tumefazioni epifisarie, fragilità ossea.
2 M. «	50		60	60	
3 M. «	45		42	40	
4 M. «	60	60	60	60	
5 M. «	45	35	45	60+	
6 M. «	40		45		

II Gruppo all'Oscurità

a) Sottogruppo controllo (3 ratti)

	24-V	4 VI	14-VI	24-VI	Annotazioni
1 M. gr	25	80	100	120	Nulla di notevole
2 F. «	45	55	75	95	
3 F. «	35	60	80	105+	

b) Sottogruppo a dieta 84 semplice (2 ratti)

	24-V	4-VI	14-VI	24-VI	ANNOTAZIONI
. F. gr.	40	45	55	62	Grave astenia e deperimento, perdita del pelo, limitazione nei movimenti, scoliosi, incurvamento ossa lunghe, grossi nodi epifisari, fragilità ossea, xeroftalmia (N. 1).
2 F. «	45	55	70	+	

c) Sottogruppo a dieta 84 più E. O. F. M.

	24-V	4-VI	14-VI	24 VI	ANNOTAZIONI
1 M. gr	45	48	57	62	Progressivo deperimento, difficoltà nei movimenti, gravi deformità ossee ed ingrossamenti epifisari, assottigliamento e fragilità ossea.
2 M. «	30	35	55	+	

(II LOTTO). — DIETA 85 (PAPPENHEIMER) — *I Gruppo ad Ambiente normale*

a) Sottogruppo controllo (2 ratti)

	24-V	4-VI	14-VI	24-VI	Annotazioni
1 M. gr.	48	80	130	.60	Nulla di notevole
2 M. «	30	50	120	+	

b) Sottogruppo a dieta 85 semplice (3 ratti)

	24-V	4-VI	14-VI	24-V	ANNOTAZIONI
1 M. gr.	25	50	60	70	Dimagrimento, astenia, rarefazione del pelo, incurvamento del rachide, ingrossamenti epifisari, assottigliamento e fragilità ossea.
2 M. «	25	35	50	+	

c) Sottogruppo a dieta 85 più E. O. F. M. (2 ratti)

	24-V	4-VI	14-VI	24-VI	ANNOTAZIONI
1 F. gr.	28	88	65	100	Nutrizione discreta, movimenti vivaci, pelo ben conservato, non alterazioni ossee visibili.
2 F. «	45	50	80	+	

II Gruppo all'Oscurità

a) Sottogruppo controllo (3 ratti)

	24-V	4-VI	14-VI	24-VI	Annotazioni
1 M. gr.	45	110	145	180	Nulla di notevole
2 M. «	40	65	1 5	+	

b) Sottogruppo a dieta 85 semplice (3 ratti)

					ANNOTAZIONI
1 M. gr.	45	65	95	110	Dimagrimento, abbattimento, limitazione dei movimenti, rarefazione del pelo, incurvamento scolitico del rachide, ingrossamenti epifisari, fragilità ossea.
2 M. «	40	70	85	+	
3F. «	60	80	100		

c) Sottogruppo a dieta 85 più E. O. F. M. (3 ratti)

					ANNOTAZIONI
1 F. gr.	58	80	95	115	Nutrizione discreta, movimenti piuttosto vivaci, pelo ben conservato, epifisi ossa lunghe normali.
2 F. «	40	50	75	+	

N. B. — Il prodotto di Zucker (estratto di olio di fegato di merluzzo) è pure qui, per brevità, espresso con le iniziali E. O. F. M.

suto midollare perfettamente sviluppato, con tutti i componenti cellulari regolarmente distribuiti per numero e per qualità.

Ratto a dieta 84 semplice (n. 6 del 1º lotto, 1º gruppo, sottogruppo *b*).

Si osserva: nucleo di ossificazione meno sviluppato; tessuto cartilagineo irregolarmente distribuito; linea di ossificazione non netta. Al tessuto osseo con formazione di lamelle ricche di cellule ossee si sostituisce un tessuto osteoide con trabecole

canza di tinta con ematossilina nei tratti in cui manca la calce.

Il midollo delle ossa linfoide è regolarmente costituito, quanto a midollo leucopoietico; pare più scarso il midollo eritropoietico. I megacariociti sono ben sviluppati.

Non si nota riassorbimento per osteoclasti.

Ratto a dieta 84 più E. O. F. M. (N. 5 del 1º lotto, 1º gruppo, sottogruppo *c*).

Le alterazioni sono più gravi sopratutto nella

RATTO N. 6 del I lotto, I gruppo, sottogruppo *b*. Irregolarità di formazione del nucleo di ossificazione e della linea di ossificazione. (Obb. 3; ocul. 3).

RATTO N. 5 del I lotto, I gruppo, sottogruppo *c*. Scarsezza ed esilità delle trabecole ossee nella sostanza spugnosa. Regolarità della cartilagine seriata. Obb. 3; ocul. 3).

molto esili, sopratutto nella diafisi, nella quale prevale il midollo linfoide sul midollo grasso che in molti tratti è quasi completamente scomparso.

La sostanza compatta è anch'essa costituita in gran parte da tessuto osteoide.

Gli osteoblasti scarseggiano nelle trabecole della sostanza spugnosa e nei canali di Havers, specialmente della sostanza compatta, si nota alla periferia dei vasi notevole accumulo di midollo.

Nella sostanza compatta l'osso a calcare si distingue nettamente per il pallore e per la man-

sostanza spugnosa e nella sostanza compatta, mentre lo sono meno nella epifisi.

L'alterazione fondamentale è sopratutto nella sostanza spugnosa ove le trabecole ossee scarseggiano fino a mancare per estesi tratti mentre quelle sviluppate sono esili e constano completamente di tessuto in apparenza acalcare. Il grasso è largamente rappresentato nel midollo della diafisi e dell'epifisi.

Lo sviluppo della cartilagine è molto scarso.

Ratto a dieta 85 semplice. (N. 2 del 2° lotto, 1° gruppo, sottogruppo *b*).

Nucleo di ossificazione con trabecole ossee esili. La cartilagine epifisaria è irregolarmente distribuita nella linea di ossificazione dimostrando uno spessore vario lungo di essa. Le trabecole ossee sono intramezzate, negli strati più vicini alla cartilagine, da colonne di cellule cartilaginee. La sostanza fondamentale della cartilagine è di vario spessore. Le trabecole ossee sono molto esili nella

RATTO N. 2 del II lotto, I gruppo, sottogruppo *b*. Nucleo di ossificazione bene evidente. Cartilagine seriata con limiti irregolari verso la diafisi. (Obb. 3; ocul. 3).

sostanza spugnosa come pure in quella compatta. Il midollo delle ossa è ricco in elementi cellulari e povero di grasso.

Ratto a dieta 85 più E. O. F. M. (N. 2 del 2° lotto, 1° gruppo, sottogruppo *c*).

Nucleo di ossificazione ben sviluppato. Linea di ossificazione perfettamente regolare. File di cellule cartilaginee simmetriche. Trabecole ossee della sostanza spugnosa ben sviluppate, come quelle della sostanza compatta. Midollo grasso con distribuzione proporzionale al midollo linfoide.

In conclusione tutte le caratteristiche dell'osso in regolare accrescimento.

* * *

Riassumendo brevemente questi risultati abbiamo constatato:

1) I ratti dei gruppi controllo, mantenuti nei diversi ambienti e alla medesima dieta hanno avuto

RATTO N. 2 del I lotto, I gruppo, sottogruppo *c*. Epifisi superiore della tibia con nucleo di ossificazione e cartilagine seriata come nel normale. (Obb. 3; ocul. 3).

un accrescimento normale e non hanno presentato alcunchè di notevole dal lato scheletrico.

2) I ratti mantenuti tanto a dieta 84 quanto a dieta 85, semplice (cioè priva di E. O. F. M.), hanno presentato tutti gravi manifestazioni a carico della nutrizione e del sistema scheletrico, consistente in progressivo deperimento, disappetenza, astenia, rarefazione più o meno accentuata del pelo, limitazione nei movimenti, incurvamenti ossei della colonna vertebrale (scoliosi) e dei segmenti lunghi degli arti, ingrossamento massivo

talora enorme delle estremità diafisarie, fragilità delle ossa, ed in un caso frattura spontanea di queste. Corrispondentemente a queste lesioni macroscopiche, nelle ossa, all'esame istologico, si sono messe in evidenza le gravissime alterazioni strutturali più sopra descritte. Naturalmente le modificazioni in peso furono proporzionatamente subordinate al sesso, essendosi come di norma, anche nel nostro caso dimostrato un maggiore accrescimento nei maschi in confronto alle femmine. E perciò, nel prospetto, abbiamo premesso al peso la iniziale del nome corrispondente al sesso.

3) Mentre i ratti mantenuti a dieta 84 con E. O. F. M. presentarono manifestazioni generali altrettanto gravi e manifestazioni scheletriche poco dissimili da quelle dei ratti tenuti alla stessa dieta ma priva di E. O. F. M.; invece i ratti a dieta 85 più E. O. F. M. si comportarono in modo tutt'affatto diverso rispetto ai corrispondenti primi (dieta 85 semplice) e, di conseguenza, rispetto anche a quelli della dieta 84 più E. O. F. M.

Infatti, quale che fosse l'ambiente in cui erano tenuti, mentre le manifestazioni morbose dei ratti a dieta 84 più E. O. F. M. sono molto gravi, rivestendo press'a poco il carattere di quelle dei ratti tenuti alla stessa dieta priva di E. O. F. M.; le manifestazioni che presentarono i ratti a dieta 85 più E. O. F. M. apparvero di gran lunga meno gravi non tanto riguardo all'accrescimento quanto riguardo allo stato scheletrico.

Questi ultimi cioè, mentre presentarono un aumento in peso sia pure inferiore a quello dei rispettivi controlli ma leggermente superiore all'aumento verificatosi nei ratti tenuti a dieta 84 più E. O. F. M., dal lato scheletrico, a differenza di essi non presentarono nessuna manifestazione patogena.

Pertanto ciò che nettamente risalta, ed in modo assoluto, è il diverso comportamento del sistema scheletrico non tanto a seconda che alle diete rachitigene o quanto meno carenzate (tali insomma da determinare più o meno imponenti ma sempre gravi lesioni ossee), era associato o no l'estratto di olio di fegato di merluzzo, quanto a seconda dei componenti delle diete medesime addizionate a questo prodotto.

In altre parole, *l'estratto di olio di fegato di merluzzo, mentre ha favorevolmente attivato il ricambio cellulare con una maggiore utilizzazione dei componenti alimentari (specie dei grassi) nei riguardi dell'accrescimento, ha preservato dalle manifestazioni morbose a carico dello scheletro i ratti a dieta 85, mentre non ha sostanzialmente preservato da esse i ratti a dieta 84.*

III ORDINE DI ESPERIENZE.

Sulla base dei risultati così ottenuti nel rachitismo sperimentale, abbiamo sottoposto ad analogo trattamento curativo la maggior parte dei bambini rachitici che hanno frequentato durante l'anno in corso i nostri ambulatori, portando particolare attenzione sul trattamento dei bambini rachitici ricoverati in corsia, nei quali avevamo maggiore agio di compiere ricerche sistematiche. In questi ultimi infatti, per approfondire le cognizioni sul meccanismo di azione dell'E. O. F. M., abbiamo accuratamente determinato le variazioni in peso, lo stato del ricambio acido-basico, il tasso del calcio ematico (1) e, mediante l'esame radiologico, le modificazioni indotte sulle manifestazioni ossee del rachitismo. In tutti i nostri bambini la malattia era allo stato florido, solo nel caso IV — che riportiamo dettagliatamente a scopo di controllo — l'inizio del rachitismo risaliva a due anni prima.

CASISTICA CLINICA.

CASO I. — L. Luciana, 11 mesi, primogenita; allattamento materno irregolare, misto dal 9° mese. Non cammina, non parla, non ha iniziato l'eruzione dentaria.

19 maggio 1926. — *E. O.* Nutrizione buona; ipotonia muscolare. Torace ristretto ai lati e svasato alla base, rosario costale; cranio grosso con pronunciamento delle suture e fontanella anteriore ampiamente aperta; ingrossamenti epifisari; incurvamenti delle tibie. Addome voluminoso e svasato con diastasi dei retti; fegato aumentato di volume e di consistenza.

Cutireazione negativa. Wassermann negativa.

PH: 7,3. Calcio ematico: mmgr. 8,35 per 100 cmc. di siero. Peso kg. 8,250.

25 maggio 1926. — *Es. rad. polso sinistro.* Decalcificazione globale notevole, slargamento e dentellatura delle estremità diafisarie del radio e dell'ulna.

Nuclei di ossificazione dell'epifisi del radio e del piramidale appena apprezzabili (il piramidale dovrebbe comparire all'età di 3 anni); estremità diafisarie delle falangi bordate con assenza dei nuclei di ossificazione epifisari.

Ginocchio sinistro. Decalcificazione globale notevole. Estremità diafisarie slargate con linea juxta-epifisaria sfumata; nuclei di ossificazione poco sviluppati e calcificati, a margini poco netti.

Cura diet.-med.: latte materno, kufeke, pappine all'olio. E. O. F. M.: goccie 5 + 5 al giorno.

4 luglio 1926. — Stato generale buono. Alvo sempre regolare.

PH: 7,5. Calcio ematico: 9,9. Peso kg. 8,850.

Es. rad. polso sinistro. Calcificazione globale notevolmente aumentata, scomparsa delle dentella-

(1) Per la determinazione del calcio ematico ci siamo serviti del comune metodo di Kramer e Tisdall. Le oscillazioni del tasso del calcio nel siero normale vanno da 9.5 a 10.5 mmgr. su 100 cc. di sangue.

ture delle estremità diafisarie del radio e dell'ulna. Nuclei di ossificazione del capitato, uncinato, piramidale ed epifisi radiale notevolmente più sviluppati, di opacità fortemente aumentata,

25 maggio 1926.

4 luglio 1926

a margini netti. Comparsa dei nuclei di ossificazione delle epifisi prossimali delle falangi e delle epifisi distali del secondo metacarpo e della falangina del pollice.

Ginocchio sinistro. Calcificazione globale notevolmente progredita. Margini delle estremità diafisarie netti. Nuclei di ossificazione sviluppati, ben calcificati ed a margini molto più netti. Cartilagine di coniugazione di spessore notevolmente ridotto.

25 maggio 1926.

4 luglio 1926.

21 luglio 1926. — Prosegue il miglioramento. Peso kg. 8,970.

CASO II. — D. R. Vittore, mesi 15. Genitori **sani**, primogenito, allattato irregolarmente al seno **ma**terno per 10 mesi; svezzato da due mesi. **Primo** dente al 6° mese, prime parole a 11 mesi, **non** cammina. Più volte ha avuto disturbi intestinali e sugli 8 mesi gastro-enterite piuttosto grave.

8 giugno 1926.

8 giugno 1926.

9 luglio 1926.

9 luglio 1926.

8 giugno 1926. — *E. O.* Nutrizione buona, colorito roseo, micropoliadenia periferica. Cranio grosso tendente alla forma quadrata con fontanella anteriore aperta (2 × 2). Torace depresso ai lati, svasato alla base; rosario costale. Lieve scoliosi dorso-lombare. Ingrossamento delle epifisi. Notevole incurvamento delle tibie. Valgismo delle ginocchia. Addome grosso e svasato con ampia diastasi dei retti. Fegato leggermente aumentato di volume e di consistenza, milza nei limiti. Ipotonia muscolare.

Wassermann e cutireazione negativa.

Es. sangue: emogl. 75; globuli rossi 4,320,000; leucociti 7,400; valore globulare 0,87; formula leucocitaria: neutrofili 56; eosinofili 1; mononucleari 4; linfociti 36; forme di passaggio 3.

PH: 7,4. Calcio ematico: 9. Peso kg. 9,450.

8 giugno 1926. — *Es. rad. polso destro.* Decalcificazione globale notevole. Slargamento delle estremità diafisarie del radio e dell'ulna. Estremità radiale sfrangiata, ulnare a cupola. Nuclei di ossificazione del capitato, uncinato e della epifisi radiale di scarsa opacità, a margini poco netti. Bordure delle estremità prossimali delle falangi e nuclei di ossificazioni epifisari appena evidenti.

Ginocchio destro. Decalcificazione globale notevole. Slargamento delle estremità diafisarie del femore, tibia e perone con dentellature, specie nella estremità femorale. Nuclei epifisari di scarsa opacità, a margini poco netti: notevolmente distanziato dall'estremità diafisaria quello del femore.

Cura diet.-med.: latte di vacca, uovo, pappe all'olio, purèes, pane, frutta. E. O. F. M.: goccie 5 + 5 al giorno.

9 luglio 1926. — *Eruzione di 5 denti.* Alvo regolare.

Reperto ematologico invariato.

PH: 7, 5. Calcio ematico: 10. Peso kg. 10,300.

Es. rad. polso destro. Calcificazione globale molto migliorata, scomparsa quasi completa delle sfrangiature delle estremità diafisarie del radio e della deformazione a cupola dell'ulna. Nuclei di ossificazione più sviluppati e di opacità più intensa, a margini netti.

Ginocchio destro. Calcificazione globale molto migliorata, scomparsa quasi completa della dentellatura delle estremità diafisarie. Nuclei epifisari più sviluppati, di aumentata opacità, a margini netti. Notevole riduzione della cartilagine di coniugazione del femore.

CASO III. — R. Giuseppe, mesi 12. Padre morto per anemia perniciosa; madre sana; primogenito, allattato al seno materno irregolarmente.

Bronco-polmonite a 8 mesi. Primo dente a 11 mesi e mezzo. Non cammina. Balbetta qualche monosillabo. Da circa un mese stato di malessere e turbe intestinali all'inizio.

22 maggio 1926. — *E. O.* Nutrizione scadente, colorito pallido, micropoliadenia. Cranio grosso con pronunciamento delle bozze temporali e lieve depressione di quella occipitale destra; grande fontanella ampiamente aperta (5 × 4) e lievemente avvallata; non craniotabe; reticolo venoso frontoparietale. Eruzione incisivo medio inferiore destro. Torace ristretto nel diametro antero-posteriore e svasato alla base con notevoli ingrossamenti nodulari in corrispondenza delle articolazioni condro-costali. Addome grosso e svasato con lieve diastasi dei retti; fegato e milza un po' aumentati di volume e consistenza.

Wassermann e cutireazione negativa.

Es. sangue: glob. rossi 3,680,000; leucociti 11,200; emoglobina 50; valore globulare 0,68; formula leucocitaria; neutrofili 43; eosinofili 4; mononucleari 5; linfociti 46; forme di passaggio 2; basofili 1. Negativa la ricerca del parassita malarico e degli elminti.

PH: 7,5. Calcio ematico: 8,5. Peso kg. 7,560.

Es. rad. polso sinistro. Forte decalcificazione globale. Slargamento delle estremità diafisarie del radio e dell'ulna che appaiono fortemente sfumate. L'estremità del radio è inoltre deformata a cupola. Slargamento delle estremità diafisarie dei metacarpi e prossimali delle falangi, deformate anch'esse a cupola e a margini sfumati. Presenza dei nuclei di ossificazione del capitato ed uncinato, di opacità poco intensa e a contorni poco netti. Assenza dei nuclei di ossificazione dell'epifisi radiale e dei metacarpi e falangi.

Ginocchio sinistro. Forte decalcificazione globale. Estremità diafisarie slargate e sfrangiate. Appena accennati i nuclei di ossificazione dell'epifisi femorale, notevolmente distanziati dalle estremità diafisarie. L'intensa decalcificazione rende appena apprezzabili i contorni.

Cura diet.-med.: latte materno e latte di vacca. E. O. F. M.: 10 gocce al giorno.

12 giugno 1926. — Eruzione incisivi medii inferiori.

Es. rad. polso sinistro. Calcificazione globale alquanto migliorata. Scomparsa della deformazione a cupola del radio e delle estremità diafisarie dei metacarpi e delle falangi. Nuclei di ossificazione del capitato e uncinato di opacità più intensa e a margini netti. Comparsa dei nuclei di ossificazione dell'epifisi radiale.

Ginocchio sinistro. Calcificazione globale aumentata. Scomparsa della sfrangiatura delle estremità diafisarie. Nuclei epifisari più sviluppati, a contorni alquanto più netti.

4 luglio 1926. — Es. sangue: glob. rossi 3,700,000; glob. bianchi 10,800; emoglobina 55; formula leucocitaria invariata.

PH: 7,4. Calcio ematico: 9,7. Peso kg. 8,050.

CASO IV. — C. Brigida, anni 3. Genitori sani. Di 6 fratellini 2 sono rachitici. Allattamento materno irregolare per 13 mesi, indi misto sino ai 15. A 6 mesi mise i due incisivi mediani inferiori, a 13 mesi iniziò l'eruzione degli altri denti. Poco prima dei 12 mesi fu còlta da febbre modica fugace e da turbe intestinali; ne uscì dopo qualche giorno impotente a sostenersi in piedi. Sulla fine del 13° mese cominciò a sorreggersi ma non cammina ancora da sola.

25 maggio 1926. — *E. O.* Nutrizione scadente; cute un po' pallida con ipertricosi al dorso; micropoliadenia. Cranio grosso, tendente al quadrato, asimmetrico, fontanella anteriore chiusa. Torace deforme, con scoliosi dorsale superiore e cifo-scoliosi dorso-lombare; notevoli ingrossamenti condro-costali ed epifisari. Incurvamento dei femori e delle tibie; valgismo del ginocchio. Nulla a carico dell'apparato respiratorio. Addome molto voluminoso, espanso ai lati, con cicatrice ombelicale spianata; fegato e milza aumentati di volume e di consistenza.

Reazione Wassermann e cutireazione negative.

Es. sangue: emoglobina 75; glob. rossi 4,700,000; glob. bianchi 10,200; formula leucocitaria: nulla di notevole.

PH: 7,5. Calcio ematico: 8,5. Peso kg. 8,850.

Es. rad. polso destro. Intensa decalcificazione globale. Slargamento delle estremità diafisarie del radio e dell'ulna che appaiono enormemente sfrangiate, a margini indecisi. Deformazione a cupola delle estremità distali dei metacarpi, le quali appaiono peraltro un po' sfrangiate. Sfrangiatura delle estremità prossimali delle falangi. Nuclei di ossificazione del capitato, uncinato, piramidale, ed epifisi distale del radio e dell'estremità prossimali delle falangi di opacità molto tenue, a margini sfumati.

Ginocchio destro. Imponente decalcificazione globale. Estremità diafisarie fortemente slargate e sfrangiate. Notevolmente slargate le cartilagini di coniugazione. Nuclei epifisari fortemente decalcificati, deformati, sfumati.

Cura diet.-med.: caffè e latte, pane, uovo, minestrine e pappe all'olio, purèes, polpette di carne, frutta. E. O. F. M.: gocce 6 + 6 al giorno.

2 lugliò 1926. — Stato pressochè invariato. Esame del sangue invariato.

PH: 7,5. Calcio ematico: 9. Peso kg. 9,100.

Es. rad. delle ossa. Pressochè invariate le gravi manifestazioni descritte.

Per ragioni di brevità ci siamo limitati alla esposizione di soli 4 casi dei 15 sottoposti al trattamento e quasi tutti altrettanto accuratamente seguiti: d'altronde i risultati ottenuti negli altri 11 concordano perfettamente con quelli forniti dai primi.

In tutti questi bambini, mantenuti a dieta normale, la somministrazione dell'estratto di olio di fegato di merluzzo (da tre a quindici gocce al giorno) fece realizzare un più o meno sensibile miglioramento dello stato di nutrizione e un notevolissimo miglioramento delle manifestazioni ossee del rachitismo, il che è stato particolarmente messo in evidenza coll'esame radiografico. Soltanto nel caso 4° descritto, in cui le manifestazioni iniziali della grave affezione rachitica rimontavano ad epoca piuttosto remota, le lesioni ossee non subirono apprezzabile influenza curativa.

* * *

Le esperienze fatte confermano l'azione rachitigena delle diete 84 ed 85 di Pappenheimer. Coll'una e coll'altra dieta si ottennero lesioni ossee comparabili a quelle del rachitismo sperimentale degli autori americani e francesi, evidentissima già alla sola osservazione degli animali: scoliosi, tumefazione delle epifisi, incurvamenti delle ossa lunghe...

Queste alterazioni si manifestarono anche negli animali esposti alla luce solare per dieci minuti al giorno: si può quindi dire che nei nostri paesi la diretta esposizione al sole non riesce a controbilanciare nei ratti gli effetti rachitigeni delle diete 84 ed 85 (1).

Degli animali trattati con E. O. F. M. si svilupparono alterazioni rachitiche — forse un po' meno imponenti rispetto a quelle dei corrispondenti gruppi senza E. O. F. M., ma sempre gravi — nei soli ratti a dieta 84.

La differenza nell'entità delle alterazioni scheletriche tra i ratti con e quelli senza E. O. F. M. risultò quindi spiccatamente evidente negli animali tenuti a dieta 85.

Possiamo pertanto dedurre che, negli effetti del rachitismo l'E. O. F. M. (prodotto di Zucker) non compensa quasi affatto l'azione dannosa della dieta 84, mentre compensa bene l'azione della dieta 85. Questo comportamento nei riguardi dell'azione antirachitica dell'E. O. F. M., evidentemente in rapporto al maggiore contenuto della dieta in elementi nutritivi (albumina e grassi nella dieta 85), indurrebbe a pensare che l'E. O. F. M. previene e cura il rachitismo per via inditetta, favorendo cioè la valorizzazione di altri costituenti nutritivi o di elementi attivi in essi contenuti. Infatti, l'E. O. F. M. manifesta il massimo della sua azione antirachitica quando contemporaneamente venga somministrata un'alimentazione mista normale (come risulta anche dall'esame radiologico delle ossa dei bambini gravemente rachitici), il minimo della sua azione se aggiunto ad una dieta povera in elementi nutritivi (dieta 84).

Esiste perciò una differenza tra l'azione dell'olio di fegato di merluzzo e l'azione del suo estratto: è noto infatti come l'aggiunta di olio di fegato di merluzzo, in proporzione del 2 %, alla dieta 84 od 85 impedisce il rachitismo nei ratti bianchi (Mac Collum, Simmonds, Shipley e Park, Howland, Lesné, Vagliano e Christou). Questa differenza è però facilmente spiegabile in base alla detta ipotesi: l'olio di fegato di merluzzo contiene il fattore antirachitico come lo contiene l'estratto, esso contiene però anche quelle sostanze grasse di cui detto fattore rende possibile la valorizzazione.

Quanto abbiamo detto a proposito dell'azione antirachitica dell'E. O. F. M., vale anche probabilmente per l'azione da esso esercitata sull'accrescimento: è a presumersi che esso attivi l'accrescimento se contemporaneamente vengano somministrate, nella debita quantità e qualità, le sostanze ad esso necessarie. Infatti vediamo che i ratti tenuti a dieta 85 crescono meglio e più rapidamente se a tale dieta si aggiunge dell'E. O. F. M.; mentre tale attivazione dell'accrescimento da parte della detta sostanza non si osserva quasi affatto nei ratti tenuti a dieta 84. Anche nei riguardi dell'accrescimento del bambino l'azione dell'E. O. F. M. (prodotto di Zucker) è massima negli organismi a dieta mista normale, come risulta dalle curve di accrescimento dei bambini rachitici stessi, così trattati.

* * *

Dobbiamo vivissima gratitudine al prof. Dionisi, direttore del R. Istituto di Anatomia patologica di Roma, il quale esaminò i nostri preparati istologici e ne dettò i reperti descritti.

---

(1) Ciò conferma perfettamente i risultati che ignoravamo prima del completo espletamento delle nostre ricerche, ottenuti nel 1924 da De Gennes in esperienze di controllo condotte su due giovani ratti bianchi tenuti alla dieta 85 di Pappenheimer.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ISTITUTO E CLINICA DI PATOLOGIA SPECIALE CHIRURGICA
DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO.
Direttore: prof. O. UFFREDUZZI.

Di un raro reperto in un sacco di ernia libera (pezzo di legno)

per il dott. ADALGISO TURCO, assistente.

Corpi liberi nei sacchi erniari furono trovati e non raramente, ma mentre questi erano sempre di origine autoctona e soventi rivestiti dalla sierosa peritoneale più o meno modificata, rarissimamente è stato trovato in un sacco di ernia libera un corpo proveniente dal mondo esterno, localizzato in detto sacco senza che l'ansa fosse gangrenata per strozzamento, e senza che vi fosse il minimo segno di peritonite localizzata, e tanto meno generalizzata. Molti classici non accennano neanche alla possibilità che in un sacco erniario si possa trovare un corpo straniero che non abbia dato il minimo segno di reazione peritoneale; dico corpo straniero per non confonderci con i corpi liberi che come ho detto provengono originariamente dal cavo peritoneale, mentre gli stranieri provengono dal mondo esterno. Il trattato del Begouin solo considera tale evenienza ed accenna appunto che in un sacco di ernia libera possono trovarsi ossicini, spine di pesce, che provenienti da perforazioni dell'intestino, hanno dato luogo ad una peritonite sacculare. La letteratura è poverissima di simili casi.

Ardouin riferisce di un'ernia inguinale destra contenente ileo e cieco dove accanto a vecchie e nuove aderenze si trovò un pezzo di legno, senza che vi fosse nessun segno di reazione peritoneale. Dobromjssloff riporta alcuni casi in cui da un intestino gangrenato erano fuoriusciti alcuni semi di zucca senza che vi fosse niente altro che una lieve peritonite sacculare. Ma come ho già detto niente di straordinario che da un'ansa gangrenata possa fuoriuscire il contenuto e questo ritrovarsi nel sacco. Nel caso mio non solo non vi era nè strozzamento nè gangrena, ma pur essendovi un pezzo di legno proveniente dall'intestino non vi era il minimo segno di reazione peritoneale.

CASO CLINICO. — P... Giovanni, da Castelvero d'Asti, d'anni 65, guardia daziaria a riposo. Nell'anamnesi nulla di notevole. Da circa 10 anni soffre di ernia inguinale destra che non gli cagionò però mai alcun disturbo. Detta ernia non aveva mai sorpassato il volume di un uovo di gallina, non si era mai fatta scrotale ed era sempre stata riducibile perfettamente. L'ammalato aveva portato saltuariamente un cinto e non aveva mai pensato all'eventualità di sottoporsi ad un intervento operativo, potendo malgrado la presenza della sua ernia attendere abbastanza bene ad alcuni lievi lavori agricoli.

Una settimana prima dell'intervento l'ammalato aveva però notato che la tumefazione alla regione inguinale destra si era fatta più dura, era aumentata lievemente di volume, ma quello che più aveva impressionato l'ammalato si è che la tumefazione non si poteva più ridurre.

L'ammalato aveva attribuito ciò ad uno sforzo fatto mentre lavorava. Decisosi ad interpellare il suo medico, questi diagnosticò un'ernia intasata e propose all'ammalato un intervento operativo.

L'ammalato a tutta prima fu riluttante a questa eventualità potendo egli malgrado la sua ernia che più non si riduceva, attendere ai suoi lavori abituali e non avendone alcun disturbo apprezzabile. In detta settimana infatti l'ammalato aveva accudito ai suoi soliti lavori; aveva alvo libero del tutto, non aveva vomito, nulla insomma che lo preoccupasse minimamente, solo la costante presenza della tumefazione alla regione inguinale, tumefazione che era lievemente dolente alla pressione poco o nulla spontaneamente, ma che più non si riduceva con le solite manovre nè spontaneamente nè con la stazione orizzontale.

Malgrado ciò per consiglio del suo medico che vedeva in quell'ernia qualcosa di insolito si decise a sottoporsi ad atto operativo.

Esame obbiettivo. — Uomo di robusta costituzione generale e ben portante. L'esame somatico generale non rileva nulla di notevole salvo un inizio di arteriosclerosi. Alla regione inguinale destra esiste una tumefazione del volume di un uovo di gallina, situata in corrispondenza dell'anello inguinale esterno. Detta tumefazione è di consistenza dura, irriducibile, lievemente dolente alla pressione, ottusa alla percussione. Non vi è il minimo segno di reazione peritoneale, il polso è sui 60, non febbre. Si conferma la diagnosi di ernia a contenuto epiploico infiammato ed aderente ed irreducibile, e si procede all'atto operativo.

Atto operativo. — Anestesia locale con il cokrene; incisione della cute seguendo il maggior asse della tumefazione. Inciso il sottocutaneo che non presenta nulla di notevole si procede come per l'ernia strozzata alla apertura del sacco prima di aprire l'aponeurosi del grande obliquo. A questo punto incominciano ad apparire le differenze tra l'ernia in questione ed i casi di ernia irreducibile o anche strozzata.

Incidendo sulla massa nel punto dove si crede di poter aprire il sacco non si trova altro che grasso infiammato, mentre non si riesce ad aprire il sacco al primo colpo! Questa circostanza è analoga a quella di certe ernie crurali dove non si trova subito il sacco, e prima di poterlo aprire è necessario incidere l'abbondante grasso che vi sta al davanti. Non riuscendo ad aprire subito il sacco, incido l'aponeurosi del grande obliquo, e mi accorgo che l'ernia non è obliqua esterna ma diretta. Aperta l'aponeurosi, mi riesce più facile circondare da tutti i lati la tumefazione, ed aggredirla di là dove credo meglio.

Procedendo alla dissezione del grasso da ogni parte riesco finalmente ad aprire il sacco verso il basso. Aperto il sacco che è piccolo, del volume di una noce avellana, mentre constato che esso è vuoto, che non contiene neanche una goccia di liquido infiammatorio come credevo di trovare, mi accorgo che dal profondo sporge qualche cosa che non riesco a rendermi conto che cosa

esso sia. Afferrata con una pinza questa sporgenza, mi accorgo che ho tra le mani così ho creduto a tutta prima un ossicino di pollo. Immediatamente con una pinza anatomica, rendendomi conto della gravità di un tale reperto, afferro l'ansa che prima mi si affaccia nella breccia del sacco ed estrattala facilmente, vedo che essa presenta due piccoli fori che è bene che io descriva per renderci conto del meccanismo di perforazione della parete. L'ansa in parola era l'ultimo tratto di ileo, perchè oltre ai caratteri dell'ansa da una parte essa era fissa del tutto verso destra ed io non potevo estrarla. I fori erano come ho detto in numero di 2 situati l'uno di fronte all'altro, lungo il minor asse dell'intestino dalla parte opposta all'inserzione mesenterica.

I fori erano irregolari, ricoperti da essudati giallastri a bordi grigi ed edematosi. Le dimensioni di questi fori erano di poco superiori a quelle di una capocchia di fiammifero svedese, e da essi non gemeva assolutamente nè sangue nè contenuto intestinale neanche aeriforme. Il tratto di parete intestinale che unisce le due bucature è di colorito violaceo e forma un netto solco affondato nella parete che pare minacci di rompersi da un momento all'altro, unendo così le due aperture tra di loro. Constatato che nelle vicinanze non vi è niente altro di versato, e che non vi sono altre aperture, suturo queste accuratamente e facendo fare alla parete intestinale una piega, la ribatto sopra a tutta quella parte di intestino che minacciava di gangrenarsi, affondando il tutto nel lume. Lieve causticazione con alcool iodato, indi affondo il tutto nel cavo peritoneale, adagiandovi contro un zaffo di garza al vioformio. Sutura del sacco, asportazione di tutto il grasso infiammato, indi plastica della parete secondo Bassini.

Il decorso postoperatorio che io temevo dei più burrascosi fu invece dei più normali. Temperatura sui 37.5 polso sugli 80, non meteorismo non dolori addominali, non vomito, defecazione spontanea 24 ore dopo. Visto che non vi è il più piccolo segno di reazione peritoneale in seconda giornata smuovo lo zaffo che in quarta lo tolgo del tutto. Appena tolto lo zaffo, ad esso fa seguito un liquido quasi incoloro che io penso essere liquido di reazione peritoneale. Rifatta la medicazione questa viene dopo poco tempo ad essere inzuppata di bel nuovo, ed in questo caso il liquido tramanda un netto odore urinoso. Sospettando una perforazione vescicale, faccio la ricerca dell'urea su alcune goccie di detto liquido, ricerca che riesce positiva. Metto un catetere a permanenza e la medicazione non viene più così a bagnarsi. Dopo due settimane di lieve suppurazione della ferita, e di cistite curata con lavature di nitrato d'argento si è in grado di togliere il catetere senza che dalla ferita fuoriesca più nulla, avendosi così guarigione completa ed assoluta.

Descrizione del corpo estraneo. — Non si tratta di un osso come io aveva creduto a tutta prima, ma di un pezzo di legno lungo 4 cm. di forma simile ad una clavicola, ricoperto in parte dalla sua scorza, di consistenza assai dura non assolutamente pieghevole, ed irregolare alle sue estremità. Interrogato l'ammalato sulla provenienza di questo pezzo di legno, egli la attribuisce alla ingestione involontaria di un pezzo di rosmarino, con il quale è trafisso l'arrosto di cui egli si ciba frequentemente.

Ed ora come spiegare la presenza di questo pezzo di legno nel sacco senza il minimo segno di reazione peritoneale?

Ingerito dall'ammalato il pezzo di legno, questo è arrivato in quella parte di ileo che era situata dentro al sacco erniario. Probabilmente l'ansa era in quel punto solo pizzicata per la sua parete dentro al sacco, e non con tutto il suo lume. Penetrato per uno dei suoi capi in questa extroflessione sacculare dell'intestino, e spinto dalle onde di contrazioni peristaltiche, in questa nuova sede, il pezzo di legno ha cambiato posizione disponendosi trasversalmente; entrato nel sacco non ha più potuto uscirne perchè più non lo permetteva il colletto del sacco minore nella sua apertura, della lunghezza del pezzo di legno stesso.

Sopraggiunte altre onde di contrazione, la parete intestinale veniva a premere sugli estremi del legno che ne ledeva così le tuniche. I movimenti peristaltici si facevano intanto più forti e per spingere avanti il corpo estraneo, e perchè più validamente si contraeva la parete intestinale infiammata, per cui non tardava ad avvenire una perforazione anche per le alterate condizioni di nutrizione della parete dell'intestino.

La perforazione in due punti ci dimostra appunto che la pressione era uniforme ed uguale in tutti i sensi. Il resto di parete intestinale situato fra i due estremi del legno veniva ad essere stirato e magari compresso, per cui non tardavano a comparire dei disturbi di nutrizione anche su questo tratto.

Ma mentre la parete intestinale andava perforandosi, il sacco si infiammava, e l'infiammazione si trasmetteva al grasso preperitoneale, che era come abbiamo visto iperplastico ed infiammato. Ma e i germi che saranno usciti dalle aperture non hanno dato che questi pochi fenomeni? Noi abbiamo visto come i margini delle aperture fossero assai piccoli ed edematosi, onde io penso che l'edema infiammatorio della parete intestinale e specie quello della sua mucosa fosse tale che ostruisse immediatamente un foro non appena formatosi, l'altro non appena il pezzo di legno era fuoriuscito. In questo modo si impedì al contenuto intestinale di versarsi nel sacco. La lentezza con la quale deve essere avvenuta la perforazione non farà parere impossibile questa spiegazione. Ben altrimenti avviene in una ferita dell'intestino, quando essa è prodotta improvvisamente su una parete sana, e ben altra è anche l'apertura provocata da un processo ulcerativo di qualsiasi natura della parete intestinale, dove se è vero che la mucosa è infiammata ed edematosa, è anche vero che il processo ulcerativo ha per carattere la distruzione della parete e quindi permeabilità dell'apertura. D'altronde la lettera-

tura è ricca di casi di corpi estranei che penetrati nel lume intestinale da questo ne fuoriuscirono non per le vie naturali, andando a fissarsi nelle più svariate parti, ed arrivando così fino alla cute, senza che ne fosse conseguita una peritonite, anzi frequentemente senza il più piccolo segno di reazione peritoneale. Donati estrasse dalla parete addominale della fossa iliaca un ago, che una isterica aveva ingerito. Inoltre la parete intestinale perforata veniva a trovarsi fuori dalla grande cavità peritoneale, perchè chiusa nel sacco erniario di cui ne otturava anche l'apertura onde nulla di strano che il poco versamento avutosi non si spargesse nel cavo peritoneale, e non desse alcuna fenomenologia speciale perchè quasi fuori dalla grande cavità. Sarebbe avvenuto qualche cosa di analogo a quello che avviene nella perforazione di quei tratti di intestino che sono extraperitoneali e che per la loro posizione formano la salvezza dell'ammalato. Perforato l'intestino, ed uscitone il corpo estraneo, i fatti congestizi reattivi alla presenza di questo corpo si andarono attenuando, tanto che l'intestino potè ridursi spontaneamente nel cavo peritoneale ed essendo chiuse le aperture da cui era fuoriuscito il corpo estraneo non aversi il più piccolo segno di peritonite, mentre il pezzo di legno rimaneva casualmente nelle vicinanze.

Io mi ero posto già durante l'intervento la domanda se non fossi stato io durante le manovre fatte per isolare il sacco, a, non dico determinare, ma a favorire la fuoriuscita del legno durante i maneggi operatori e che quindi, data la istantaneità del soccorso, si fossero evitati tutti i pericoli. A tale uopo io esaminai attentamente i bordi delle aperture e notai come essi fossero giallastri e ricoperti da essudati grigi senza che vi fosse una goccia di sangue. Ciò mi persuase che l'apertura era di data più antica, e che fosse assolutamente da escludere la fuoriuscita del legno durante i maneggi operatori. In quanto alla ferita vescicale io non la spiego che con qualche lesione da me fatta con un ago o con qualche ferro mentre cercavo di aprire il sacco. Che l'apertura fatta fosse piccola mi pare indubbio dalla poca quantità di urina che usciva e dal poco tempo impiegato per guarire. Non saprei spiegare come il pezzo di legno avesse potuto perforare la vescica.

Quali gli ammaestramenti che si possono trarre da questo caso? Non è possibile paragonare il caso mio a quei casi numerosi di ernia strozzata con gangrena della parete intestinale e fuoriuscita del contenuto che può essere il più vario, e concomitante peritonite localizzata. È naturale che da un'ansa gangrenata ne fuoriesca il suo contenuto e che la peritonite circoscritta ne sia la evenienza la più benigna. Nel mio caso nulla di tutto ciò; non strozzamento, non il minimo segno di peritonite localizzata, solo una infiammazione del grasso preperitoneale, ciò che mi indica che l'infezione è stata trasmessa più verso l'esterno che non verso l'interno. Se mai si può paragonare il caso mio come già dissi, a quelli di corpi estranei, che perforata la parete intestinale vanno a fissarsi nelle più svariate parti del corpo dove danno luogo al più ad un ascesso.

Questo caso poi non ha nulla a che fare con i cosidetti corpi liberi dei sacchi erniari la cui origine è endoperitoneale, provenendo da appendici epiploiche staccate o da tubercoli caseificati od anche calcificati.

Mi pare anche naturale che si debba escludere il trauma come agente di rottura dell'ansa erniata, primo perchè esso non vi fu, e poi perchè se esso vi fosse stato, non sarebbe stato di tanta piccola entità da passare inosservato. Non credo che una sintomatologia analoga a quella che presentò il mio ammalato sia in grado di guidarci ad una diagnosi, ma essa si possa solo fare al tavolo operatorio. La presenza di flemmoni stercoracei, di peritonite circoscritta ci fanno certi della perforazione intestinale, ma nel mio caso ciò mancava del tutto. L'intervento non può che essere causale e vario da caso a caso. La prognosi riservata fatta da me subito dopo l'intervento, fu invece benigna per l'ammalato, ma l'eccezionalità del caso mio non credo autorizzi a prendere alla leggera casi analoghi.

LETTERATURA.

ARDOUIN. Bull. et Mém. d. l. Soc. de Chir., 1910, num. 14.
DBROMISLOFF. Zentr. f. Chir., 1909, n. 36.
DONATI. *Chirurgia dell'addome.*

NOTE E CONTRIBUTI.

Considerazioni sopra una statistica di malarici.

Dott. PILADE CLARA.

Riferisco i dati di una statistica di malarici che ho raccolto negli anni post-bellici nei comuni consorziati di Comazzo e Merlino e in quello di Zelobuonpersico, paesi tutti confinanti ed in condizioni idriche, agricole e demografiche molto simili.

Si tratta di comuni posti in Provincia di Milano, sulla riva destra del fiume Adda, dove non esiste grande paludismo, nè vi sono stagni in prossimità degli abitati; la coltura della terra è sommamente intensiva, le acque ben incanalate per l'irrigazione, il bestiame abbondantissimo, abbondano però le risaie.

Nell'anno precedente alla grande guerra, nel quale incominciai qui il mio esercizio di medico condotto, la malaria, in tempi più remoti molto diffusa, vi era pressochè scomparsa, riapparve invece negli ultimi anni di guerra, ed al mio ritorno dal servizio militare (secondo semestre 1919) ne trovai infetta buona parte della popolazione.

L'epidemia apparve allora tanto grave in tutto il Circondario di Lodi, che il Comitato della Croce Rossa di questa città se ne interessò vivamente, procurando medicinali, e cercando di promuovere l'istituzione di dispensari antimalarici.

Uno dei primi lo apersi infatti io in Comazzo e qui anche per il prezioso aiuto prestatomi dal prof. Giuseppe Stradiotti, allora primario dell'Ospedale Maggiore di Lodi, che più volte si recò espressamente sul posto, ci riuscì di rintracciare e catalogare quasi tutti gli individui affetti, di fornirli di medicinali, e di una scheda in cui erano annotati i dati personali, la forma di febbre, le dosi di chinino e i giorni e le ore in cui dovevano essere presi.

Fu così iniziata la statistica che io continuai poi a raccogliere negli anni successivi.

Anno	Totale ammalati	Terzana e Quartana	Estivo Autunnale	Casi dubbi
1920	425	306	64	55
1921	303	205	63	35
1922	312	197	74	41
1923	244	120	75	49
1924	262	127	82	53
1925	218	95	81	42

Percentuale degli ammalati e delle forme febbrili.

Anno	Percentuale ammalati riportata a 1 nel 1920	Terzana e Quartana	Estivo Autunnale	Casi dubbi
1920	1	71 %	18 %	11 %
1921	0.70	67 %	20 %	13 %
1922	0.72	63 %	23 %	14 %
1923	0.57	50 %	30 %	20 %
1924	0.60	48 %	31 %	21 %
1925	0.51	44 %	37 %	19

Nel classificare le varie forme di febbre si è tenuto conto specialmente dei caratteri clinici, vennero però eseguiti anche numerosi esami di sangue dal Gabinetto Batteriologico dell'Ospedale Maggiore di Lodi.

Le infezioni che all'esame microscopico risultarono come miste, vennero elencate nella forma più grave estivo-autunnale.

I casi dubbi comprendono la maggior parte delle forme croniche nelle quali non venne praticato l'esame del sangue.

La statistica comprende come si vede un numero non molto rilevante di casi, essa però venne eseguita per sei anni cogli stessi criteri, ed io credo se ne possa trarre qualche utile insegnamento.

Prima di tutto, considerando solo il totale degli ammalati, si può rilevare che la lotta condotta colla sola bonifica umana (non venne infatti attuata in alcun modo lotta antianofelica), se ha dato non disprezzabili risultati, non ha però condotto ad un esito risolutivo, non solo, ma il miglioramento ottenuto nei primi anni è rimasto poi press'a poco stazionario.

Se noi studiamo poi il comportamento delle varie forme di febbre, vediamo subito che il rapporto tra le forme di terzana e quartana e quelle estivo-autunnali, si è venuto cambiando con una progressione pressochè costante, così che le prime in origine comprendevano il 71 % dei casi, sono scese a rappresentarne solo il 44 %; mentre le seconde dal 18 % che erano sono salite nello scorso anno al 37 %.

E questo il fatto di maggior rilievo e sul quale più mi preme di richiamare l'attenzione, la sua spiegazione mi pare abbastanza ovvia; se colla cura noi siamo riusciti negli ammalati di terzana ad ottenere un buon numero di guarigioni reali e a diminuire gli agenti di infezione, negli ammalati di estivo-autunnale le guarigioni sono state invece il più delle volte apparenti ed i portatori di germi sono rimasti.

Ciò fa temere che negli anni venturi la lotta

coi soli mezzi di bonifica umana non solo non abbia più ad ottenere un ulteriore risultato, ma non possa impedire un notevole peggioramento nelle condizioni locali della malaria.

Ancora ci spiega un altro fatto. Perchè la diffusione del chinino di Stato al principio del secolo è riuscita in breve volgere di anni a far scomparire nelle nostre regioni la malaria; ed invece la lotta condotta da noi cogli stessi mezzi e con ben maggiore intensità è quasi fallita allo scopo? Perchè i nemici da combattere erano diversi. Allora la malaria da noi era rappresentata solo dalla terzana e dalla quartana, il plasmodio dell'estivo autunnale, non c'era. Infatti si parlava solo di febbre lunga o di febbre intermittente, le forme a carattere di malignità erano sconosciute.

Il rimpatrio di militari da regioni malariche e specialmente dall'Albania, ha condotto anche fra noi individui portatori di questo parassita, e la lotta contro di esso è molto più difficile.

Questo stesso rilievo statistico può anche portare un argomento di più in favore della pluralità dei parassiti malarici; ammettendo infatti l'unità biologica dei plasmodi ed il loro differenziarsi nelle varie forme per influenza dell'ambiente, si sarebbe logicamente dovuto constatare il fatto opposto; cioè in un ambiente che per tanti anni ha ospitato solo i plasmodi più benigni, il nuovo arrivato avrebbe dovuto assumere man mano i caratteri di questi, invece non solo esso ha conservato integra la sua personalità; ma più resistente di quelli ai nostri mezzi di cura, tende sempre più a sostituirli e a diffondersi.

Con questo non intendo dire che l'ambiente non abbia per nulla influito sul parassita, chè anzi molte osservazioni sembrerebbero dimostrare il contrario. Prima di tutto ho osservato che gli individui che si sono infettati di malaria direttamente in Albania hanno presentato in genere forme molto più gravi e persistenti, che non gli altri a cui hanno probabilmente trasmesso essi stessi la malattia. E potrei citare parecchi casi di congedati malarici che per parecchi anni hanno presentato accessi gravi resistenti alle cure, mentre i famigliari loro contagiati della stessa forma venivano apparentemente con facilità guariti dalle comuni cure.

Nè certo da noi col diffondersi della malaria estivo-autunnale, sono anche apparse le forme gravissime di perniciosa, e la morte per malaria è anche oggi nelle nostre regioni affatto eccezionale.

Prima di concludere voglio anche accennare a due altre condizioni, che, secondo la mia osservazione, influiscono a frustrare da noi la lotta antimalarica.

La prima è il diffondersi della risaia. La coltura del riso è divenuta oggi una delle più rimunerative che la terra possa dare, sia per l'alto prezzo e feracità del prodotto, sia perchè i nuovi sistemi di coltura consentono di trapiantare il riso e raccoglierlo nello stesso campo che ha già prodotto il frumento, e di avere così due prodotti di granaglie in un anno; si capisce perciò che essa tenda ad estendersi il più possibile, ad avvicinarsi agli abitati fino al limite consentito dalla legge ed oltre, non solo ma la risaia si fa anche là dove la quantità d'acqua è scarsa ed appena sufficiente a mantenerla; si hanno così risaie con acque quasi ferme e trasformantisi di frequente in uno stagno; nelle condizioni cioè più favorevoli per mantenere l'anofelismo.

L'altra condizione è data dal maggior agglomeramento della popolazione, sia per la deficienza di case, sia per il ritirarsi in esse a dormire di molte persone che prima dormivano abitualmente nelle stalle; ora l'esperienza che ha avuto campo di fare in uno studio, non ancora compiuto, sui mungitori di vacche, mi induce a credere che gli individui che dormono nelle stalle sono meno soggetti a contagiarsi degli altri; non solo ma il fatto dell'agglomerarsi di molte persone a dormire in unica camera, produce più facilmente il bisogno di tenere, durante la notte estiva, aperte le finestre, pratica che se è commendevole per altre ragioni igieniche, non lo è certo dal punto di vista della profilassi malarica, tanto più oggi che la forte luce elettrica installata ormai in tutte le case, vi richiama anche in maggior numero le zanzare.

L'insegnamento che si può trarre dai fatti esposti, consiste secondo me nella necessità di intraprendere anche nei paesi considerati a malaria lieve, la lotta con tutti i mezzi atti allo scopo; di associare cioè alla bonifica umana, pur importantissima, la lotta antianofelica, senza la quale ben difficilmente si può sperare di giungere ad una vittoria definitiva.

Zelobuonpersico, giugno 1926.

SUNTI E RASSEGNE.

RENI.

Come si sviluppa l'arteriosclerosi dei reni.

(W. KOLLERT. *Wiener Klin. Wochen.*, n. 27, 1926).

Il sintomo clinico più importante dell'arteriosclerosi del rene, è l'ipertensione. Dobbiamo pensare alle alterazioni vascolari del rene in tutti i casi in cui la pressione si mantiene per molto tempo al disopra di 200 mm. senza che sia preceduta una nefrite e senza che esista un'ipernefroma o una ipertrofia della prostata. Di fronte ad un tale paziente si deve anzitutto controllare lo stato del rene: determinare cioè se sia diminuito il potere di concentrazione, se sia aumentato l'azoto residuo, o se esista una retinite albuminurica. Si osserva poi come si comporta la pressione del sangue quando il paziente è tenuto a letto e al riparo da danni esogeni. In alcuni casi queste misure non alterano la pressione: l'ipertensione si mantiene limitata. In altri casi la pressione diminuisce progressivamente per fissarsi poi dopo alcuni giorni ad un livello costante, più elevato del normale. In altri casi ancora la pressione precipita dai valori iniziali alti ad un livello piuttosto basso a cui si mantiene; queste rapide discese della pressione avvengono però anche indipendentemente dal riposo del paziente. Sono questi i casi più rari mentre i più frequenti sono quelli del secondo gruppo elencato: sono essi che permettono di riconoscere come si sviluppi l'ipertensione.

Alcune influenze dannose determinano un aumento transitorio della pressione normale, che ritorna al suo livello originario appena cessa l'azione della causa dannosa. Se però le influenze dannose si ripetono spesso, oppure persistono a lungo dopo la loro cessazione, la pressione non ritorna normale ma rimane costante ad un livello più elevato; ad ogni ripetizione delle influenze dannose questo livello si fa sempre più elevato fino a che nel corso di settimane, mesi od anni si è costituita l'ipertensione definitiva. Le cause dannose che determinano i detti aumenti transitori della pressione sono costituite principalmente da forti emozioni: si osservano perciò spesso nei commercianti in periodi critici e nei giocatori. La cura bromica diminuisce notevolmente l'azione ipertensiva delle emozioni.

È utile anche una dieta povera di proteidi. Esistono indubbiamente rapporti fra l'ipertensione e le secrezioni interne, specialmente quella genitale. Così nella donna l'ipertensione si presenta spesso all'epoca del climaterio. Anche nell'uomo l'ipertensione è spesso preceduta da un periodo di diminuzione della potenza. Alcune osservazioni tendono a dimostrare che la predisposizione all'ipertensione in alcuni casi è congenita e si rende manifesta ad una determinata epoca di vita indipendentemente dalle condizioni di vita esterne di questi individui: in questi casi naturalmente profilassi e terapia sono inefficaci.

POLLITZER.

Le funzioni renali nelle nefriti sclerosanti.

(M. RENAUD e J. ROLAND. *Bull. et Mem. de la Soc. Med. des Hôp. de Paris*, n. 15, 1926).

Vi è una legge di patologia per la quale si sa che la diminuzione di attitudine funzionale di un organo non è proporzionata alla intensità e alla vastità delle lesioni che lo colpiscono. Tale legge è in special modo applicabile al rene, il di cui parenchima è costituito dall'unione di numerose parti elementari, aventi tutte le stesse funzioni.

Così la soppressione morbosa della funzione di qualche lobulo potrà anche sfuggire ai nostri mezzi d'indagine.

Le nefriti croniche, le cui lesioni sono all'inizio parcellari, non provocano disordini seri della funzione che allorquando il processo si è diffuso. La secrezione urinaria è d'altro canto un fenomeno assai complesso, risultante di fattori in gran parte indipendenti l'uno dall'altro, e che devono essere studiati ed apprezzati separatamente.

Per aver quindi un criterio il più possibile preciso bisogna moltiplicare le ricerche funzionali, vagliandole ognuna convenientemente.

In 75 casi di nefriti sclerosanti dell'età adulta gli AA. hanno eseguito le seguenti ricerche: Ricambio idrico, eliminazione dell'urea (azotemia e costante di Ambard), rapidità di eliminazione delle materie coloranti. Per far ciò hanno operato nel seguente modo: Ingestione di 200 cmc. di acqua; iniezione endovenosa di 1 cmc. di fenolftaleina; prelevamento del sangue dalla vena dopo 30 minuti; raccolta delle urine dopo 70 minuti.

In genere l'eliminazione dell'urea si mostrò poco alterata; in un terzo dei casi solamente l'azotemia si elevò al disopra di 45-60 cgr., raggiungendo e sorpassando 1 gr. solo eccezionalmente e al periodo terminale della malattia. La costante di Ambard si ritrovò al disopra di 60 in quasi tutti i casi, restando in più di un quarto al disotto di 80, e sorpassando 100 nella metà.

Per quel che riguarda la fenolftaleina, i dati della sua eliminazione furono molto più espressivi, restando al disotto di 20 nei 2/3 dei casi, e raggiungendo 40 due volte solamente.

Tale ultima prova, al confronto di quanto ci può indicare la ricerca dell'eliminazione dell'urea, dà dunque insegnamenti preziosi nei periodi in cui le lesioni sono ancora ben compensate.

La discordanza tra i dati di eliminazione del fenolo e quelli della costante di Ambard fa sorgere delle questioni importanti.

Potrebbe, ad esempio, darsi che l'eliminazione dell'urea e quella delle sostanze coloranti si compissero al livello di parti differenti del parenchima, che possono essere colpite l'una indipendentemente dall'altra. O non è forse piuttosto da pensare che le due prove sono basate su principi del tutto differenti?

La quantità di sostanza colorante eliminata non è infatti proporzionale alla velocità di eliminazione, ma al volume dell'organo, diguisachè la soppressione di un certo numero di lobuli ne diminuirà la quantità.

Al contrario, la costante di Ambard esprime l'attitudine funzionale delle parti del rene che lavorano, ma non dà ragguagli sullo stato delle parti che, non lavorando, non forniscono alcun elemento per il calcolo. La costante è quindi indifferente all'estensione delle lesioni. Solo allorquando queste sono considerevoli la funzione apparirà alterata.

Dunque, in definitiva, l'assenza di azotemia e di elevazione della costante non indica che il rene è intatto, testimoniando solamente che la lesione renale è ben tollerata, come spesso accade.

Tutto ciò si accorda coi dati anatomici secondo i quali la nefrite cronica sclerosante è una nefrite parcellare, in cui zone renali molto alterate confinano con zone sane. E si accorda anche coi caratteri clinici della malattia, in cui i fatti d'insufficienza renale sono irregolari e incostanti.

L'esplorazione funzionale dei reni vale dunque più per la prognosi che per la diagnosi.

M. FABERI.

La prova di eliminazione acida-alcalina di Rehn quale mezzo di indagine funzionale dei reni.

(ALLEMANN. *Mitt. a. d. Grengebieten d. Med. v. Chir.*, vol. 38, f. 3; PANNEVITZ. *Zeitschrift f. urologische Chir.*, vol. 18, f. 3-4).

Questa prova è stata indicata per la prima volta da Rehn al Congresso tedesco di chirurgia del 1923; da allora si sono moltiplicati i lavori, anche estesi, sull'argomento, da parte di urologi tedeschi che dimostrano una reale importanza pratica della nuova indagine funzionale dei reni. La prova in Germania va sotto il nome di « SUA-probe » (Saüre-Umschlag-Alkali-probe).

La prova si basa sul potere che ha il rene di mantenere costante la isoionia e isotonia del sangue. Quando arriva nel circolo una certa quantità di ioni idrogeno dovrebbe aumentare la concentrazione in ioni del sangue, ciò invece non avviene perchè il rene sano ha il potere di eliminare gli ioni in eccesso aumentando la concentrazione in ioni dell'orina: e viceversa, se il rene è malato, mancherà l'adattamento funzionale e l'orina non subirà nessuna variazione. Rehn ha pensato quindi di aumentare artificialmente la concentrazione di ioni idrogeno nel sangue con l'iniezione di sostanze che normalmente si trovano nell'organismo e di misurare la concentrazione in ioni H dell'orina raccolta separatamente dai due reni. La misurazione della concentrazione di ioni nell'orina viene eseguita con l'indicatore colorimetrico di Michaelis; aggiungendo cioè all'orina una determinata quantità di m. e p. nitrobenzolo e confrontandola con una soluzione testo. Rehn ha cercato anche di dare al metodo una importanza diagnostica non solo per la funzione renale ma anche per quanto riguarda le malattie del rene. Base della ricerca è la teoria di filtrazione di Ludwig-Cushny. Secondo questa l'eliminazione di un acido avviene attraverso il glomerulo e quindi l'urina è acida, se si usa un alcali questo si elimina anche dal glomerulo ma viene riassorbito dal tubulo e l'urina resta acida, se però l'alcali è in notevole quantità anche l'orina diventa alcalina. La concentrazione in ioni H dell'orina corrisponde naturalmente alle variazioni del filtro renale.

Rehn somministra prima per bocca acido cloridrico diluito e poi pratica una iniezione endovenosa di bicarbonato sodico, contemporaneamente raccoglie separatamente le urine con il cateterismo degli ureteri.

Nel rene normale la concentrazione di ioni H dell'orina, cioè l'acidità, aumenta dopo l'ingestione dell'acido e diminuisce con l'alcali. Nelle malattie dei glomeruli l'eliminazione acido-alcalina è diminuita, il poco alcali eliminato è tutto riassorbito dal tubulo e l'orina resta acida.

Nelle malattie dei tubuli l'eliminazione è buona, però l'alcali non è assorbito, quindi l'orina resta fortemente alcalina.

Nelle malattie dei glomeruli e dei tubuli l'eliminazione è scarsa e così il riassorbimento, l'orina resta neutra.

Segnando i risultati con il metodo grafico, si ottengono diversi tipi di curve da cui si potrebbe non solo determinare l'esistenza di una nefrosi o nefrite, ma dall'andamento della curva si potrebbe porre la diagnosi di che affezione si tratti. Così Rehn parla di curve di nefrosi, glomerulo-

nefrite, pielonefrite, tubercolosi renale, tumore renale, ecc.

R. Allemann nella Clinica chirurgica di Zurigo ha sperimentato la prova di Rehn in 80 individui affetti da lesioni renali. I risultati ottenuti corrispondono a quelli dati dall'indigo-carminio e dalla florizina, anzi in alcuni casi sono più precisi. Così, per esempio, la prova è importante nei casi di nefrite tossica che si accompagna a lesioni renali unilaterali infettive di spettanza chirurgica, perchè mostra l'alterazione funzionale del rene opposto non ammalato chirurgicamente. Di più, eseguita sull'urina totale, serve di controllo, nei prostatici, alla prova dell'acqua e della crioscopia. L'A. non può affermare se abbia curve caratteristiche per le singole affezioni come pei tumori dove permane alcalina (tipo tubulare II) ma crede che ciò sia probabile. Dà ottimi risultati sul controllo della guarigione delle pieliti. Crede che la prova abbia la massima importanza nelle lesioni renali di competenza medica.

G. Pannewitz, della Clinica chirurgica di Friburgo ha esaminato il valore della prova di Rehn in 400 casi. L'A. ha portato qualche piccola variazione alle modalità della prova, ha stabilito sempre dei controlli con l'indigocarminio, l'esame dell'urina, la crioscopia del sangue e, quando era possibile, con il reperto istologico. Per comprovare l'esattezza della prova cita un caso in cui venne fatta diagnosi di glomerulonefrite a focolaio guarita ed una nefrosi incipiente. Dopo la decapsulazione si ottenne una curva normale e la paziente venne dimessa guarita. Crede di poter affermare che la prova è di grande importanza per la diagnosi precoce di tubercolosi renale, in questa si ha la curva di una malattia glomerulare, cioè assenza dell'eliminazione alcalina. Nei casi da lui osservati le altre prove, tranne le iniezioni nella cavia, diedero risultati negativi.

In base alla prova divide le pieliti in 4 gruppi:

1) P. senza lesioni del parenchima, Rehn normale. Nel sedimento si rinvengono solo bacilli;

2) P. con forte azione batterica. Assenza di eliminazione alcalina per la reazione acida del coli;

3) P. con lesioni del parenchima. Di solito esiste limitazione della eliminazione acida. Su 100 casi non ha avuto nessun controllo anatomico e quindi non può discutere del valore della prova;

4) Pielonefriti, Rehn con curva delle lesioni del glomerulo e del tubulo. Nella pielonefrosi con distruzione del parenchima la prova diede un punto fisso neutro.

Nella calcolosi renale trovò in un caso una alcalinuria riflessa mentre dopo narcosi ottenne valori normali da un lato mentre dall'altro si aveva una limitazione dell'eliminazione acida.

Nell'idronefrosi, per la distruzione dei tubuli, ha trovato valori alcalini. Nelle affezioni epatiche in cui i reni funzionino bene manca la eliminazione di alcali in rapporto alla diminuita riserva alcalina del sangue.

VALDONI.

Il rene nel diabete.

(CHABANIER. *Journal des praticiens*, 20 marzo 1926).

Finora, la parte che in rene può avere nel diabetico è stata trascurata dagli autori od interpetrata in modo sommario, nel senso di ammettere semplicemente che un diabetico con nefrite può emettere con l'orina minor quantità di zucchero che un individuo con reni normali. Dal punto di vista pratico, l'importanza che può avere il rene non viene mai considerata, poichè si ha l'abitudine di misurare il diabete per la sola glicosuria; si ammette che il rene invece di una parte attiva ha semplicemente un ufficio passivo, mentre invece esso ha una parte importante e forse anche patogenica.

Ed eccone la prova. Di due diabetici, sottoposti alla stessa razione idrocarbonata e con la stessa glicemia, può darsi che l'uno arrivi ad eliminare 200 grammi di glucosio nelle 24 ore, mentre l'altro ne elimina soltanto 20, appunto per la parte complementare del tutto diversa che il rene esercita nei due individui.

La *soglia* del glucosio, ossia il tasso della glicemia, oltre il quale vi è passaggio di zucchero nell'urina, non è affatto fissa, come credeva lo stesso **Bernard**, ma è mobile, al pari del resto di altre, come per il cloro e ciò, non solo nei vari soggetti, ma nello stesso individuo.

La caratteristica della soglia del glucosio è che la sua mobilità è in funzione del tasso della glicemia. Quando questa si eleva, si eleva altresì la soglia, *senza però che vi sia parallelismo fra i due fenomeni*. Le differenze sono in rapporto con l'intensità dell'elemento: *diabete renale*, che, per i due individui di cui sopra è maggiore nel primo che nel secondo. Trattasi in complesso della stessa differenza che passa fra gli individui con un diabete renale puro e quelli del tutto normali.

S'intende per diabete renale puro, quella condizione in cui si ha eliminazione di zucchero pur non avendosi glicemia; tali individui, di diabetico non hanno che il nome, poichè non hanno nessun disturbo di utilizzazione del glucosio. Nei due individui di cui sopra, il primo ha un elemento « diabete renale » più accentuato che l'altro.

Si comprende quindi che l'intervento di un fattore renale nella concatenazione dei fenomeni che costituiscono il diabete cambi le nostre idee sulla

misura di una glicosuria. Abitualmente non si fa che dosare la quantità di zucchero che l'individuo elimina con l'urina ed, a seconda di essa si dice che esso è un gran diabetico od un piccolo diabetico. Ora ciò può essere vero, ma anche falso, in quanto che si può avere un disturbo intenso dell'utilizzazione dello zucchero con poco zucchero nell'urina. L'A. cita l'osservazione di un malato con una glicemia di 3 grammi e senza zucchero nell'urina. L'assenza di glicosuria non significa quindi assenza di diabete; bisogna completare l'esame con la ricerca della glicemia.

L'elemento diabete renale viene altresì a chiarire la questione della patogenesi delle forme cliniche del diabete. È noto che esiste il diabete grasso, benigno, senza denutrizione e quello magro, grave, con denutrizione. La prima forma si accompagna di solito a glicosuria moderata, facilmente riducibile, senza acetonuria nè denutrizione. Tali individui non hanno tendenza al dimagrimento nè all'astenia; in essi il diabete si svolge lentamente ed, a ragione, viene chiamato benigno.

Del tutto opposta è la forma magra: glicosuria intensa con acetonuria, denutrizione evidente, astenia, stanchezza facile ed evoluzione generalmente rapida.

La ragione della differenza fra le due forme è stata da alcuni ricercata nel deficit pancreatico; ma si deve ammettere che questo esista in entrambe. Altri ritiene che nella forma magra si abbia un disturbo glicoregolatore più accentuato che nell'altra. Si deve però osservare che in realtà non esiste nessun rapporto fra l'intensità del disturbo basale, cioè iniziale, del metabolismo degli idrati di carbonio e l'aspetto della malattia, la determinazione sintomatica ed evolutiva della sindrome clinica corrispondente. Si possono avere, p. es., degli individui con diabete grasso e con disturbo del metabolismo molto più forte che altri a diabete magro.

L'origine di questa differenziazione di forme va invece ricercata secondo l'A. nel rene. Gli individui con diabete grasso hanno un elemento « diabete renale » moderato o debole, mentre quelli a diabete magro l'hanno accentuato.

L'aspetto clinico della sindrome diabetica non sarebbe quindi da attribuirsi al disturbo metabolico, ma all'intensità dell'elemento « diabete renale ».

Nell'individuo con diabete grasso, si trova che il divario fra la soglia e la glicemia è debole, la glicosuria è moderata (donde l'assenza di astenia e di dimagrimento) e facilmente riducibile, appunto perchè uno dei caratteri del diabete renale moderato è quello di poter facilmente abbassare la soglia quando si modifichi la glicemia.

Nell'individuo con diabete magro si avrà forte glicosuria, donde il deficit energetico, l'astenia, il dimagrimento; la glicosuria difficilmente riducibile risulta dallo stesso elemento diabete renale accentuato in quanto che le variazioni della soglia non sono parallele a quelle della gicemia. L'evoluzione è rapida perchè il disturbo renale tende ad aumentare e porta sempre maggior dimagrimento, astenia considerevole; la quantità sempre crescente di corpi acetonici mette capo al coma ed alla morte.

Per tal modo, facendo intervenire la sola questione della differenza di comportamento renale di due individui con lo stesso disturbo iniziale di metabolismo, si possono interpetrare le determinazioni sintomatiche ed evolutive del diabete.

FILIPPINI.

MILZA.

Gli ascessi della milza.

(J. TAPIE. *Journ. Méd. Franç.*, n. 7, luglio 1926).

Gli ascessi della milza non sono punto rari, ma poco conosciuti. In rapporto all'*etiologia* essi possono essere:

1) di origine traumatica: un trauma che leda la milza crea un favorevole terreno per l'attecchimento e lo sviluppo dei germi;

2) consecutivi ad una suppurazione vicina, sia per una epatite suppurata, sia per una perforazione settica dello stomaco, sia per qualsiasi infezione prossima alla milza;

3) consecutivi ad una infezione localizzata: un patereccio, un antrace, un'ostio-periostite, una scottatura, una gangrena in un posto qualsiasi possono provocare l'ascesso splenico;

4) in seguito ad una infezione: l'appendicite, la dissenteria amebica, ma sopratutto la febbre tifoide, l'endocardite maligna, l'influenza stessa, la malaria, l'infezione puerperale son tutte cause che possono produrre la propagazione del processo alla milza.

In rapporto alla *patogenesi*, l'infezione si produce attraverso la vena splenica più raramente, oppure per la via arteriosa, più generalmente.

In entrambi i casi però è sempre l'infarto che precede l'ascesso. I microbi responsabili sono quelli del fattore etiologico.

Anatomo-patologicamente la milza aumenta di volume, ha superficie liscia o scabrosa, di colorito rosa, grigio o rossastra, con macchie talora violacee o brunastre alla superficie; la capsula fibrosa è ispessita, raramente si rompe; le aderenze mancano ad ascesso centrale, sono frequenti in quello dei poli; importante e frequente l'aderenza col diaframma. Il numero degli ascessi è variabile; il volume in genere non oltrepassa quello di una nocciuola; il colore, l'odore è in

rapporto al germe infettante. Spesso l'ascesso è limitato da una vera membrana piogenica; si nota inoltre iperplasia del reticolo, iperemia, focolai emorragici, e talora discreta trasformazione mieloide.

I *sintomi* sono imprecisi, e spesso mascherati dalla infezione principale; comunque si possono sintetizzare nei tre seguenti: fenomeni dolorosi, segni pseudo-pleurici, sintomi generali.

Il *dolore* è variabile e impreciso, spesso pero localizzato all'ipocondrio sinistro con irradiazioni nella spalla.

I *segni pseudo-pleurici* sono conseguenza del dolore, che provoca dispnea, immobilità della base dell'emitorace, con ipofonesi alla base di sinistra, la quale si estende allo spazio di Traube, non modificata dal cambiamento di posizione.

I *sintomi generali* son quelli d'una suppurazione: faccia pallida, lineamenti stirati. La febbre è a grandi oscillazioni, oppure intermittente; talora può mancare. Il polso è in rapporto alla temperatura.

Frequenti sono le complicanze pleuriche, con pleuriti essudative, adesive, rilevabili per i comuni dati semiologici.

Talora l'ascesso può estrinsecarsi verso l'addome; in questo caso il dolore è all'ipocondrio sinistro; la milza ingrandita, attira subito l'attenzione. Altri segni importanti sono: la circolazione collaterale, l'edema della parete, la fluttuazione profonda, i vomiti.

Questi ascessi si possono facilmente aprire nella cavità addominale, dando mortali peritoniti diffuse, o si aprono nell'intestino, dando esito al pus con le feci.

La *diagnosi* attualmente non è tanto difficile come un tempo; l'essenziale è di pensare a questa complicanza durante una malattia infettiva. Abbiamo notato i sintomi obbiettivi; l'esame del sangue dà una iperleucocitosi; la febbre tifoide s'accompagna a leucopenia, per cui l'importanza di questo dato.

L'ascesso ad evoluzione addominale non si può confondere col flemmone perinefritico; più difficile è la differenza con una pionefrosi, ma il cateterismo ureterale risolve il dubbio.

L'ascesso del lobo sinistro del fegato può generare confusione; ma i raggi chiariranno la sede. Nè si potrà pensare ad un milza tbc. per i caratteri molto differenti, nè ad un Kala-azar, o ad una cisti da echinococco suppurata, o alla leucemia.

L'ascesso ad evoluzione toracica si può invece confondere con una pleurite purulenta; ma la radioscopia mostrerà il rialzamento del diaframma nell'ascesso splenico.

Di mediocre valore è la puntura esplorativa al letto del malato; di buon ausilio, al momento dell'intervento.

La *prognosi* è infausta, se non si interviene precocemente.

In rapporto all'atto operatorio, bisognerà preferire la splenotomia, riservando la splenectomia ai casi più gravi, con grande estensione dell'ascesso, o con ascessi multipli.

CARUSI.

Le indicazioni mediche della splenectomia.

(AUBERTIN. *Journ. Méd. Franç.*, n. 7, luglio 1926).

Nell'ultimo congresso di medicina tenuto a Roma nel 1926 si discusse molto sulla splenectomia, considerata dal lato chirurgico; l'A. si occupa invece del lato medico.

1) *Conseguenze fisiologiche della splenectomia.* L'ablazione della milza è ben sopportata, perchè è supplita nella funzione dagli altri organi ematopoietici; infatti si osserva l'ipertrofia delle milze accessorie, l'iperplasia dei gangli linfatici e del midollo osseo, e specie delle ghiandole emolinfatiche.

Il sangue subisce profonde modificazioni; i globuli rossi e l'emoglobina subiscono una rapida e notevole diminuzione, per ritornare alle cifre normali dopo circa tre mesi. Sovente si notano emazie nucleate e corpi di Jolly. La resistenza globulare è aumentata, e conserva tale aumento per circa un anno.

I leucociti aumentano notevolmente, e si mantengono a lungo in aumento; la leucocitosi negli stati acuti è a prevalenza polinucleare, in quelli cronici può essere mononucleare con eosinofilia.

Anche le piastrine seguono lo stesso andamento. Queste modificazioni indicano che la splenectomia produce dapprima una iperfunzione acuta (polinucleosi) e poscia una cronica (mononucleosi) del midollo osseo. Per tale fatto si pensa che la milza ha un'azione se non inibitrice, almeno moderatrice sul midollo osseo.

2) *Risultati della splenectomia negli uomini.* Non sempre la splenectomia è innocua nell'uomo, perchè talora produce la morte immediatamente o a breve scadenza. Ciò è dovuto al fatto che le operazioni si eseguono su individui malati e non normali, per cui la splenectomia è in rapporto all'abilità del chirurgo, all'entità della malattia, e sopratutto all'affezione morbosa; infatti vi sono forme in cui l'operazione è controindicata (leucemia), altre in cui è indifferente (splenomegalia malarica), altre in cui dà risultati eccellenti (morbo di Banti, ittero emolitico, porpora cronica trombopenica). Talora però le sindromi spleniche sono poco chiare per la decisione di un'operazione.

3) *Leucemia e subleucemia.* In questa malattia un'operazione di splenectomia produce di regola la morte in breve tempo, d'onde la regola di astenersi da operare le splenomegalie con leucocitosi. La morte avviene per emorragie profuse, dovute probabilmente all'alterazione discrasica del sangue. In questi ultimi tempi però è stata tentata la splenectomia nella leucemia specie mieloide, dopo l'irradiazione della milza, con buoni risultati operatori, ma con scarsi miglioramenti della malattia.

Nelle subleucemie le condizioni non variano per un intervento operatorio.

4) *Splenomegalia con leucopenia e ipopolinucleosi.* In queste forme con diminuzione dei globuli rossi e polinucleati, dipendenti dalla funzione macrofagica della milza, l'operazione è indicata, e dà buoni risultati.

Questa sindrome ematologica in genere è esponente d'una malattia di Banti o d'una anemia splenica emolitica; può anche stare a indicare un Kala-azar, o una milza malarica, o una cirrosi della milza di natura indeterminata: in tutti questi casi la splenectomia è il trattamento di scelta. In queste tre ultime forme l'operazione non è così indicata ed utile, come nelle due prime.

Nella malattia di Banti l'operazione ha diverso risultato a seconda del periodo della malattia. Nel primo periodo, che dura 5-6 anni, ed è caratterizzato da splenomegalia con anemia a tipo clorotico, leucopenia con ipopolinucleosi, leggieri disturbi intestinali, la splenectomia dà ottimi risultati, riducendo al normale la formula ematica, ed evitando la successiva ascite.

Nel secondo periodo, con ematemesi notevoli, oliguria, subittero, urobilina, l'operazione impedisce la progressione del male, ma ha scarsa importanza sulle emorragie gastro-intestinali, le quali si riproducono, e talora conducono alla morte.

Nel terzo periodo — periodo cirrotico ed ascitico — l'operazione non è consigliabile.

L'anemia splenica emolitica, molto difficile a differenziare da un Banti, si giova egualmente dell'operazione.

5) *Splenomegalie con polinucleosi.* Comprendono le splenomegalie infettive croniche — tubercolosi o sifilide della milza — e le neoplastiche, specie il sarcoma.

La difficoltà di queste forme sta in una diagnosi differenziale; in ogni modo la splenectomia non è pericolosa, e può produrre sempre un giovamento.

6) *Splenomegalie senza modificazione sanguigna.* Comprendono i tumori benigni, le cisti da echinococco, le cisti non da parassiti, la cirrosi della milza di natura indeterminata, ed infine la malattia di Gaucher; in tutte queste forme, l'operazione non ha alcun pericolo.

7) *Splenomegalie con poliglobulia.* Se si tratta di una eritremia (malattia di Vaquez) l'operazione è controindicata; nei casi in cui la poliglobulia è di natura irritativa (tbc. splenica, cisti) allora è indicata l'operazione.

8) *Anemia perniciosa.* In questi ultimi tempi è stata molto usata la splenectomia nell'anemia perniciosa, ma con dubbi risultati, perchè se la operazione non presenta alcuna difficoltà, in genere i malati muoiono dopo 1-3 anni per la recidiva della malattia.

L'ablazione della milza in questa forma produce notevoli modificazioni sanguigne: si ha una leucocitosi notevole con polinucleosi ed eosinofilia, che dura parecchi mesi. Più interessante è il notevole aumento dei globuli nucleati, dei normoblasti e megaloblasti, che talora sono in numero di 300 % di leucociti.

Le emazie aumentano rapidamente e in modo notevole, con emazie granulo-filamentose, policromatofilia e corpi di Jolly. Aumenta pure l'emoglobina e le piastrine, e migliora lo stato generale.

Questi miglioramenti però sono transitori.

9) *Porpora con o senza splenomegalia.* In queste forme, dette trombopeniche per la notevole diminuzione delle piastrine, e che si accompagnano ad emorragie delle mucose, con il tempo di coagulazione aumentato, con il coagulo non retrattile, l'operazione dà buoni risultati, perchè modifica l'alterata crasi sanguigna, e sopratutto produce un aumento notevole, talora superiore al normale, delle piastrine. Ciò indicherebbe che la polpa splenica produce una distruzione delle piastrine.

10) *Splenomegalie con ittero.* In tali casi l'ittero è di natura epatogena oppure emolitica.

In quello epatogeno, con grosso fegato — cirrosi biliare, cirrosi di Hanot — la splenectomia non è consigliabile. In quello emolitico si può trattare o d'un ittero emolitico cronico a forma splenomegalica, congenito od acquisito, o di una anemia splenica emolitica. I caratteri di queste due forme sono: diminuzione della resistenza globulare, emazie granulo-filamentose abbondanti, anemia, splenomegalia ed ittero.

In questo caso l'operazione è utile, talora formalmente indicata, perchè produce un miglioramento di tutti i sintomi.

Da questa rapida rassegna si possono trarre le seguenti conclusioni: la splenectomia è dannosa nella leucemia, favorevole e spesso curativa nell'anemia splenica e nel morbo di Banti; produce miglioramenti notevoli ma transitori nell'anemia perniciosa; è curativa nella porpora trombopenica e nell'ittero emolitico.

CARUSI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

C. COLOMBINO. *L'esplorazione delle vie urinarie nella pratica ostetrico ginecologica*. Vol. di p. 171 su carta patinata con 102 fig. e 5 tav. a colori. Milano, edit. Cogliati, Corso Roma 14, 1926.

Ecco l'elenco dei capitoli: Introduzione (strumentario e metodi di uso); Metodi di esame dell'uretra; Metodi di esame della vescica; Metodi di esame dell'uretere e della pelvi renale; Metodi di indagine della funzionalità renale; L'apparato urinario in rapporto alla gravidanza, al parto, al puerperio; Le direttive dell'indagine urologica in ginecologia; L'apparato urinario in rapporto ad alcune importanti affezioni ginecologiche (prolasso, retrodeviazioni, carcinoma, fibroma, tumori ovarici); Affezioni urinarie in rapporto alla gravidanza (incarceramento dell'utero gravido retroflesso, ematurie in grav., pielonefrite della grav.); Affezioni degli organi urinari in puerperio (complicazioni traumatiche, cistiti e pieliti, paracistite puerperale, periureterite puerp.); Affezioni degli organi urinari consecutive ad interventi ginecologici (ritenzione di urina, cistite, anuria, lesioni vescicali, fistole urinarie).

In appendice sono trattati poi: le malformazioni, i corpi estranei, la calcolosi, le dislocazioni e deformazioni degli organi urinari pelvici; la vescica infralegamentare, i processi flogistici, la tubercolosi, i tumori.

Già il nudo schema del libro ne dimostra la compiutezza; aggiungiamo che la esposizione è breve, ma chiarissima; si sente che l'A., ben noto del resto nel campo urologico come in quello ginecologico, essendo da più anni aiuto del prof. Mangiagalli nella magnifica clinica di Milano, possiede in pieno la materia presa ad esporre. Anche la parte illustrativa, frutto di esperienza personale, è dimostrativa e bellissima pure dal lato tecnico. Le 5 tavole colle riproduzioni cistoscopiche a colori non hanno nulla da invidiare alle edizioni straniere.

Così questo bel libro sostituisce con vantaggio i più comuni manuali stranieri a cui fin qui si doveva ricorrere dai pratici e dai ginecologi; a questi perciò lo raccomandiamo vivamente, sicuri che ne trarranno vantaggio. *p. g.*

KUPFERBERG. *Geburthilfliche Tagesfragen*. Edit. Repertorienverlag, Lipsia, Salomonstrasse 16, 1926. M. 4,50.

In un volumetto di 112 pag. sono raccolti vari articoli di Kupferberg sul parto senza dolore, sugli oxitocici, sulla esclusione dell'esame vaginale, sulle lacerazioni perineali, sul forcipe nella pratica, sulle lacerazioni dell'utero e sulle ricettazioni più frequenti in ostetricia.

Vi sono inoltre note di Werlé sulla placenta previa e sulla cura della infezione puerperale, di Nelius sul parto nei bacini viziati, di Koch sulla eclampsia, di Ballhorn sulle lacerazioni nel corso di aborti.

La maggior parte degli articoli era già comparsa nella *Mediz. Klinik.* o in *Der Prakt. Arzt.* Essi, come anche i nuovi, hanno il carattere di utile riassunto delle moderne cognizioni per il medico pratico, al quale quindi il volumetto si raccomanda. *p. g.*

SCHROEDER. *Lehrbuch der Gynaekologie*. II ediz., Vogel, Lipsia, Dresdnerstr. 3. M. 35 (legato 39).

Della bontà del trattato di Schroeder dicemmo già quando apparve la traduzione italiana per opera della U.T.E.T., dimostrazione appunto questa dell'interesse suscitato da tale libro; e non possiamo che riconfermare il nostro favorevole giudizio. *p. g.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La forma pseudotubercolare della stenosi mitralica.

S. Bonnamour (*Journal de méd. de Lyon*, 15 dicembre 1925) mette in rilievo che, oltre al noto tipo pseudotubercolare della stenosi mitralica congenita, tutte le forme di stenosi mitralica congenite od acquisite possono accompagnarsi a fenomeni polmonari che simulano la tubercolosi e fanno magari inviare il malato ad un sanatorio.

Le forme di tali pseudotubercolosi sono: 1) la bronchite diffusa con predominanza alle basi; 2) la bronchite acuta con fenomeni generali; 3) la congestione di uno o di entrambi gli apici; 4) una forma edematosa con accessi asmatiformi; 5) la forma emottoica che è la più frequente.

Talvolta il quadro clinico può complicarsi a fenomeni generali impressionanti; temperatura che sale in qualche giorno a 39°, con dolore puntorio, stato generale precario, diarrea, ecc. Altre volte la localizzazione di un attacco congestizio rende la diagnosi più delicata. In generale però il fenomeno più ingannatore e più frequente (3/4 dei casi) è la emottisi, che rimane di solito il solo sintoma.

In tutti questi casi, i caratteri dei rantoli, se sono localizzati agli apici, la loro localizzazione più frequente alle basi, l'assenza abituale della febbre e di infossamento alle regioni sopraclavicolari, ma soprattutto i ripetuti esami dell'espettorato che dimostrano costantemente l'assenza dei bacilli di Koch devono far dirigere l'attenzione sul cuore e far sospettare l'origine cardiaca di tutti tali sintomi.

Il riposo in letto, i tonici cardiaci hanno generalmente ragione di tutti questi disturbi.

fil.

L'aritmia cardiaca nell'infanzia.

È noto che secondo Mackenzie tanto il vago che il simpatico hanno una parte nella produzione dell'aritmia e che probabilmente l'origine degli impulsi va ricercata nell'attività dei muscoli respiratori od in qualche altra causa periferica. Secondo il detto autore, la scomparsa della aritmia nelle condizioni febbrili è dovuta alle tossine di origine microbica sul nodo seno-auricolare, per cui si ha un tal aumento di frequenza che ne viene abolita l'irregolarità.

Paton (*British Med. Journ.*, 10 aprile 1926), pure ammettendo che la causa probabile dell'aritmia dei seni è da attribuirsi ad impulsi che partono dal cuore stesso ed alle variazioni nel contenuto in anidride carbonica del sangue, afferma però che l'irregolarità ha la sua origine nell'attività degli archi riflessi extracardiaci di cui le fibre cardiache del vago e del simpatico provocano la risposta.

Sarebbe interessante il poter conoscere il punto in cui hanno origine gli impulsi che determinano l'attività di tali nervi e quelli in cui si hanno le interferenze durante la malattia. I tracciati dimostrano le irregolarità e le sue modificazioni sperimentali per mezzo di diversi ritmi respiratori. Nessuna conclusione definitiva si può ancora trarre, ma si può frattanto dire che l'aumento di frequenza del polso nella respirazione ha origine circolatoria, dovuto alle variazioni dei capillari polmonari in risposta alle variazioni della pressione endotoracica. Gli stimoli vagali che provocano il rallentamento durante la espirazione hanno probabilmente origine dalle variazioni di pressione o della circolazione addominale. Non si conoscono condizioni polmonari che provochino un rallentamento del cuore.

Le variazioni di frequenza sarebbero un tentativo di adattamento al cambiamento di distribuzione del sangue fra la circolazione polmonare e quella generale, risultanti dalle variazioni nella capacità toracica.

La scomparsa della irregolarità durante le malattie può essere indipendente dall'aumento della temperatura e della frequenza del polso, in quanto che l'irregolarità può persistere malgrado una elevata frequenza del polso.

L'azione opposta dei due nervi cardiaci rende difficile un giudizio esatto sulla distinzione degli effetti di essi.

fil.

Ipotensione essenziale.

Il nuovo complesso sintomatico è stato recentemente descritto da A. E. Fossier (rif. in *The Lancet*, 19 giugno 1926).

Esclusa la malattia di Addison, l'anafilassi, e la debolezza del miocardio, il medico dovrebbe diagnosticare l'ipotensione essenziale allorquando lo sfigmomanometro indica una pressione sistolica al disotto di 110 mm. di Hg.

I sintomi morbosi concomitanti sarebbero rappresentati dall'esauribilità abnorme fisica e mentale, alleviata dal decubito in letto, da frequenti vertigini e cefalee, da un aspetto esteriore di anemia, non corrispondente al reale stato del sangue, e dall'apparire di idee ipocondriache e depressive.

Le ipotesi patogenetiche emesse per spiegare tale forma sono molte: secondo l'A. si tratterebbe in genere di soggetti splancnoptosici, nei quali l'abbassamento del diaframma provocherebbe un allungamento e un restringimento dell'aorta, con diminuzione della pressione sanguigna. Comunque, esiste un abbassamento del tono sulla cui genesi devono indubbiamente aver influsso la diminuzione degli impulsi nervosi od anche gli eventuali fatti di intossicazione del sistema muscolare.

Ulteriori studi, rivolti a tutti gli organi coinvolti in tale sindrome morbosa, potranno nel futuro darci un criterio più esatto del suo valore reale.

M. FABERI.

Il trattamento delle aortiti sifilitiche.

H. Bonnin (*Gazette hebd. des Sc. médic. de Bordeaux*, 3 gennaio 1926) consiglia:

Nelle aortiti sifilitiche semplici, un trattamento rapido ed energico, tentando però dapprima gli arsenobenzoli per via sottocutanea (*sic*) a dosi di 15 e poi di 30 cg., non oltrepassando i 45-60 cg. e continuando per 6-8 settimane. Nelle prime quattro settimane il malato rimarrà in riposo assoluto nel letto. In parecchi casi si potrà cominciare il trattamento addirittura con le iniezioni endovenose.

Se la cura con gli arsenobenzoli è mal tollerata (comparsa od aumento del malessere o del dolore retrosternale, dispnea, palpitazioni, disturbi vasomotori, congestione della faccia) la si abbandonerà e si tenterà con il bismuto che però di solito in tali casi è mal tollerato anch'esso. Rimane allora il mercurio per via endomuscolare, od orale ed infine lo ioduro. Si lascierà sempre un certo periodo di riposo fra i diversi tentativi.

Alla prima serie di arsenobenzoli, si farà seguire il bismuto (due volte la settimana; 15 iniezioni endomuscolari in tutto), non lasciando fra l'una e l'altra cura un intervallo maggiore di 3 settimane, durante il quale si darà dello ioduro.

Nelle aortiti sifilitiche complicate (insufficienza renale o cardiaca) si deve essere molto prudenti astenendosi senz'altro dagli arsenobenzoli, curando il malato come un cardiaco e tentando, in caso di miglioramento il mercurio per via digerente, poi per via endomuscolare (preparati solubili e dosi piccole).

Le aortiti precoci (nei primi 3-4 anni) evolvono con rapidità uguale alla loro precocità e si presentano come una vera forma di sifilide maligna. Anche in questi individui si deve essere assai prudenti, tanto più che alcuni hanno un'intolleranza assoluta al trattamento specifico; ogni tentativo determina la recrudescenza o la comparsa di dolori retrosternali, dispnea, angoscia, stati lipotimici, insufficienza cardiaca. Tale intolleranza è dovuta al fatto che la loro evoluzione rapida porta presto ad un periodo di instabilità cardiaca.

fil.

L'abuso del riposo nella terapia cardiaca.

Il riposo nelle malattie di cuore rappresenta un'arma a doppio taglio; il benefizio che esso apporta è talora minore del danno che invece può provocare.

L'indicazione principale del riposo è costituita dallo scompenso. Nelle forme di infezione cardiaca e cardiovascolare, come ad esempio per sifilide o reumatismo, bisogna regolarsi sulla gravità dei sintomi, permettendo al momento opportuno una modica attività corporea, che non può riuscire altro che giovevole.

I danni che un riposo prolungato ed inopportuno può provocare sarebbero, secondo W. D. Reid (*Boston M. S. Jour.*, giugno 1926), di 3 specie:

1) Danni fisici: cioè indebolimento del tono muscolare del corpo e conseguente difficoltà di far riprendere al malato la propria attività; e pericoli di fatti congestivi e ipostatici dei polmoni.

2) Danni psichici: perchè vengono favorite le tendenze all'ipocondria e alle idee depressive del malato.

3) Danni economici, per l'allontanamento dell'adulto dai propri affari, e dei bambini dalla scuola.

Quindi, in sostanza, fatte le debite eccezioni, si preferirà piuttosto che condannare il cardiopaziente ad una inattività prolungata e perniciosa, istruirlo negli opportuni esercizi fisici, che fanno parte del trattamento igienico di ogni malattia.

M. FABERI.

Le cliniche per cardiopazienti.

Secondo I. Wickoff (*Lancet*, 10 aprile 1926) una clinica per cardiopazienti dovrebbe trovarsi in istretto rapporto con quelle di altre specialità (malattie veneree, otoiatrica, dentaria), dovrebbe inoltre essere provvista di un ufficio, per così dire di medicina sociale, il quale seguisse il paziente anche dopo l'uscita dall'ospedale, e, secondo la sua capacità finanziaria e le condizioni di vita, ne regolasse le occupazioni, e l'eventuale internamento a periodi. Si verrebbero così a prevenire molte recidive, e il singolo paziente potrebbe in complesso esplicare maggiore attività nel periodo più produttivo della sua vita.

DORIA.

SEMEIOTICA.

Analisi critica dei metodi di laboratorio per la diagnosi sierologica della neurosifilide.

Una disamina accurata dei metodi di ricerca per la diagnosi sierologica della neurosifilide è stata fatta da H. F. Watson (*Quart. Jour. of Medical*, 76, luglio 1926).

La reazione di Wassermann e di Lange furono applicate in 350 casi, di cui 119 di sifilide, mentre le altre prove per le globuline e la numerazione delle cellule furono eseguite in 329.

La Wassermann sul siero e sul liquido cerebrospinale fu negativa nei 230 casi in cui la sifilide poteva essere esclusa, mentre nei casi certi clinicamente fu positiva nel 95.65 % sul liquor e nel 94.78 % sul siero.

La prova con oro colloidale riuscì positiva nell'85.84 %.

Per quel che riguarda le prove per le globuline le percentuali di positività furono:

95 % per la Pandy (ac. fenico), il cloruro di mercurio, l'acido solfosalicilico.

86 % per la Noguchi (ac. butirico).

71 % per la Ross Jones (solfato d'ammonio), la Nonne-Apelt (id.), e la Kaplan (ac. butirico+solfato ammonio).

In conclusione, si può ritenere che:

La reazione di Wassermann dà la percentuale più alta di risultati positivi nei casi di sifilide conosciuta.

La reazione di Lange ha minor valore diagnostico, dando percentuale di reazioni positive più bassa; il tipo « paretico » e « luetico » della Lange fu inoltre notato in certe affezioni non sifilitiche, tra cui l'encefalite letargica, la sclerosi disseminata, il reumatismo acuto, gli orecchioni e l'influenza.

Tra le prove delle globuline sono la Pandy, l'ac. sulfosalicilico e il cloruro di mercurio che si avvicinano alla Wassermann nella percentuale di risultati positivi. La Noguchi, la Ross-Jones, la Nonne-Apelt e la Kaplan dànno una percentuale molto più bassa.

In tutti i casi di sifilide del sistema nervoso centrale la conta delle cellule non fu mai minore di 10 per centimetro cubico. Tale conta fu più precisa con le camere di Glaubermann e di Fuchs-Rosenthal, che con quella di Thoma-Zeiss.

M. FABERI.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La motilità gastrica.

Per tutti i tessuti contrattili che compiono un lavoro ritmico esiste il problema del punto ove si iniziano i movimenti muscolari, e delle condizioni fisiologiche che regolano il loro successivo avvicendarsi.

Vi sono analogie evidenti tra le caratteristiche della fisiologia cardiaca e quella della peristalsi dell'apparato gastrico. Si è perciò cercato di scoprire la presenza di un centro nodale dal quale procederebbero le onde peristaltiche, e un sistema di conduzione attraverso il quale queste si propagherebbero.

Klein (*Journ. A. M. A.*, 8 maggio 1926) crede di aver risolto il problema con sue ricerche anatomiche e sperimentali.

Il centro nodale si troverebbe alla piccola curvatura, presso il cardia, e da qui l'impulso si diramerebbe lungo la piccola curvatura, facendo contrarre l'anello muscolare circolare a tale livello. All'angolo inferiore esisterebbe un altro centro nodale per l'attività muscolare dell'antro. Tali vedute sono suffragate da vari dati patologici.

Un'ulcera della piccola curvatura si associa per esempio a motilità gastrica ritardata e a vomito, mentre al contrario vaste lesioni del corpo e della grande curvatura decorrono con disturbi di motilità molto minori.

Parimenti l'esclusione chirurgica di una porzione della piccola curvatura disturba notevolmente la conduzione normale, risultandone una peristalsi indebolita al disotto di tale livello.

M. FABERI.

Studi sperimentali sulla perforazione da ulcera gastrica.

Un argomento ancora oscuro nella sua patogenesi è la guarigione spontanea nella perforazione dell'ulcera gastrica. È un'evenienza relativamente frequente, si riscontra infatti in circa il 5 % delle perforazioni. Il primo studio completo venne fatto dal Moynihan e dallo Schnitzler. Questi parla di perforazioni coperte; ammette cioè che l'ulcera perforata venga subito ricoperta da un organo vicino in modo che solo una piccola parte del contenuto gastrico possa riversarsi nella cavità peritoneale.

In questo modo verrebbero a costituirsi le ulceri callose penetranti. L'idea dello Schnitzler è in contrapposto alla vecchia teoria che spiega la genesi delle ulceri penetranti con la formazione di aderenze infiammatorie con gli organi vicini

che permettono così il progredire dell'ulcera nel loro spessore.

J. Vigyàzò (*Archiv. f. Klin. Chir.*, vol. 139, pag. 104, a. 1926). ha voluto chiarire questo meccanismo cercando nell'esperimento se e come avveniva la copertura dell'ulcera gastrica. Produceva in cani un orifizio nella parete dello stomaco, sia con il cauterio che per via tagliente, orifizio di dimensioni ridotte e a diversa localizzazione. I risultati ottenuti sono i seguenti:

Le perforazioni praticate sulla via gastrica di Aschoff dal cardias all'angolo guariscono spontaneamente nel 100 % dei casi con copertura di un organo vicino.

Le perforazioni della regione pilorica, del duodeno e della grande curvatura producono sempre una peritonite diffusa.

Le condizioni per la copertura dell'ulcera sono: sede in una porzione fissa, scarsa motilità della regione interessata e vicinanza di un organo. Quando questi postulati coesistono si può fare sicuro assegnamento sulla guarigione spontanea.

Gli organi di copertura sono in ordine di frequenza: fegato, pancreas, vescichetta biliare e leg. gastro-epatico; mai il grande epiploon.

Dai risultati sperimentali l'A. conclude in senso affermativo sulla teoria di Schnitzler dell'ulcera penetrante.

VALDONI.

Sul riflesso pilorico duodenale.

Numerose ricerche sperimentali dimostrano che l'acido cloridrico a contatto con la mucosa duodenale determina la chiusura del piloro, la diminuzione di tono della muscolatura dell'antro, la cessazione della secrezione gastrica. Recenti tentativi di diminuire l'importanza del riflesso pilorico e di negarne l'esistenza, secondo l'opinione di F. Rabe (*Münchner. med. Wochenschr.*, n. 44, 1925), non raggiungono affatto l'intento.

POLL.

VARIA.

Voronoffiana.

Il dott. G. Sacconaghi dà notizia, ne *Il Medico Italiano* (15 settembre 1926), dei trapianti testicolari da uomo ad uomo eseguiti in Italia: uno dal prof. Jachia di Torino (pubblicato in *Minerva Medica*, 1924, n. 9); uno dal prof. Leotta di Roma (pubblicato ne *Il Policlinico*, Sezione Chir., 1925, n. 12); due dal dott. Costantino di Gallarate, inediti; uno dal prof. Bastianelli di S. Giovanni Valdarno, di cui hanno molto parlato i giornali politici e che è stato oggetto di discussione sulla stampa professionale. Risultati generalmente buoni. Il dott. Thorek, che ha praticato centinaia di etero- ed omotrapianti, indica in quali casi siano particolarmente indicati. (*Il Policlinico*, Sezione Chir., 1924, n. 10).

Dati demografici.

In Italia vi sono circa 20,000 famiglie con più di 10 figli; stanno alla testa le province di Treviso con 1032, Milano 865, Padova 788, Udine 785, Bari 781; sono ultime Siena, Grosseto, Imperia, Pisa, Livorno, Zara (con 1 sola).

In Francia si contano 807,659 italiani, ossia il 2 % circa della popolazione totale.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

MAZZINI GIUSEPPE. *Albinismo parziale ereditario a lunga discendenza* — Roma, Tip. Senato, 1924.

METCHNIKOFF et DOUMER. *Recherches sur le Traitement des Entèrites aigues et chroniques par l'Amidon paraffiné au 1/5.* — Paris, Vigot Frères, 1924.

MODIGLIANI ENRICO. *L'azione curativa delle vitamine isolate.* — Milano, Istit. Bioch. Ital., 1924.

PARODI FELICE. *Commento critico ai dogmi della tisiogenesi.* — Roma, Stab. Poligrafico Edit. Rom., 1925.

PATRIZI CESARE. *La Fototerapia.* — Bologna, L. Cappelli, 1924.

PEARCE RICHARD. *Methods and Problems of Medical Education.* — New York, The Rockefeller Foundation, 1924.

PERTILE GIUSEPPE. *Rendiconto sanitario Ospedale Civile Marostica 1922-24.* — Marostica, M. Bonomo, 1924.

PETTINARI VITTORIO. *Innesti eterosessuali di ovaia.* Torino, S. Lattes, 1924.

PIAZZA CESARE V. *L'insulina atossica nel diabete mellito.* — Palermo, Cultura Med. Edit., 1924.

PIERANGELI WALTER. *Sull'azione dell'Autoemoterapia e del silicato di sodio per via endovenosa nella cura del prurito senile.* — Napoli, « La Nuovissima », 1925.

ID. *Sulla cura delle artriti gonococciche con l'autosieroterapia.* — Napoli, id. id.

PINCHERLE MAURIZIO. *Note cliniche, anatomiche e di patogenesi sul diabete insipido giovanile.* — Bologna, L. Cappelli, 1924.

PLÀ Y ARMENGOL R. *Concepto clinico de la Tubercolosis.* — Barcelona, A. Artis, 1922.

ID. ID. *La bacteria de la Tubercolosis.* — Barcelona, Tip. Catalana, 1924.

RICCHI GINO. *Ancora intorno alle « concause di incapacità ».* — Roma, Tip. Garroni R., 1924.

RIVA GIOVANNI. *L'occhio in rapporto alla Rachianestesia.* — Napoli, Tid. Ed. Tocco, 1924.

RIVAROLA R. A. *Malformaciones congènitas del intestino delgado y del grueso.* — Estratto Revisti Cirugia, Anno III, n. 4. — Buenos Aires, 1925.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Per l'Associazione della Stampa Medica Italiana.

Coloro che si occupano più o meno di giornalismo medico sanno senza dubbio che per desiderio espresso in una riunione di colleghi io ho completato e precisato lo Statuto d'una Associazione della Stampa Medica Italiana di cui in detta riunione si erano gettate le basi.

Lo Statuto fu pubblicato su molti giornali medici e fu spedito a moltissimi colleghi, invitandoli a dichiarare se aderivano.

Le risposte positive sono una *ventina* (!). Un solo giornalista ha fatto qualche seria osservazione. Con 20 soci non credo si possa costituire una Associazione.

Affinchè nulla da mia parte rimanga intentato e nessuna responsàbilità pesi su me nel caso il tentativo fallisse, *indico per il 27 ottobre, a Padova, in occasione dei Congressi di Medicina interna e di Chirurgia, una riunione dei giornalisti medici, per discutere e votare lo Statuto predisposto.* VITTORIO ASCOLI.

P. S. — I colleghi potranno ottenere i ribassi ferroviari inscrivendosi ad uno dei Congressi.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Profilassi antivaiolosa in Italia.

La Direzione generale di Sanità Pubblica ha inviato ai prefetti una circolare sulla profilassi antivaiolosa, preoccupandosi della persistenza di attivi ed importanti focolai epidemici in talune località estere con le quali l'Italia ha continuo contatto, e delle manifestazioni sia pure lievi e molto limitate in varie parti del regno di casi di vaiolo e di vaioloide.

Si raccomanda alle Prefetture di vigilare intensamente sulla organizzazione del servizio e delle rivaccinazioni antivaiolose nei diversi comuni e di accettare che ognuno di essi, prima che abbia inizio la ordinaria sessione primaverile della vaccinazione, sia provvisto del registro per le prime vaccinazioni e delle rivaccinazioni. Inoltre ciascun ufficio di stato civile e di anagrafe è tenuto a rimettere all'ufficiale sanitario al principio di ogni sessione detto registro ed i medici provinciali dovranno portare la loro speciale attenzione sul servizio vaccinico in tutte le ispezioni che faranno nei comuni della provincia; inoltre in quelle località per cui si ha motivo di ritenere che il servizio per il passato non abbia dato sufficiente sicurezza di rigore e di regolarità, occorrerà la revisione completa dei nati negli ultimi quattro anni per mettere in evidenza le inosservanze sia nei riguardi delle prime vaccinazioni, sia delle rivaccinazioni obbligatorie dopo l'ottavo anno di età. La circolare raccomanda anche il controllo degli esiti delle vaccinazioni, in modo da procedere ad un nuovo innesto in caso di accertato esito negativo del primo; richiama anche l'attenzione sulla razionale e conveniente conservazione del vaccino che dovrà effettuarsi in luogo adatto e oscuro, in temperatura bassa costante, preferibilmente in ghiacciaia, evitando che il vaccino sia esposto anche per breve tempo al sole e a temperature elevate; infine non ritiene superfluo di richiamare l'attenzione dei medici vaccinatori sulla perfetta tecnica vaccinale, dalla quale dipende spesso il risultato della importante pratica vaccinale.

Cronaca del movimento professionale.

Liquidazione definitiva della Federazione degli Ordini dei Medici.

L'ultimo numero de « La Federazione Medica » reca un'ordinanza del dott. Fioretti con cui la Federazione viene sciolta e si decide che il fondo residuale di cassa, in L. 14.000, divenga patrimonio del Sindacato Medico Fascista.

Una nota esplicativa espone le ragioni del provvedimento.

Le dimissioni del dott. Fatichi dal Direttorio del Sindacato Naz. Medico Fascista.

Avendo il dott. Fatichi rassegnato le sue dimissioni di membro del Direttorio Centrale, il segretario generale, dott. Vacino, considerando ch'esse non riguardano i suoi rapporti col Direttorio Centrale, ma sono unicamente causate da una sua errata affermazione in una questione accessoria, ritiene che tale decisione del dott. Fatichi, se pure si può spiegare come atto di eccessiva sensibilità e correttezza sua, non trova il benchè minimo fondamento nei riguardi dell'azione che egli ha sempre svolta con efficacia, zelo ed intelligenza, in seno al Direttorio ed al Sindacato, il quale non può quindi, per una ragione perfettamente estranea, acconsentire a rinunciare alla sua attiva e fattiva collaborazione nell'interesse della organizzazione. Gli riafferma l'incondizionata sua stima e considerazione e respinge le sue dimissioni, sulle quali il Direttorio Centrale sarà chiamato a pronunciarsi nella sua prossima convocazione.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACQUANEGRA SUL CHIESE (*Mantova*). — Per Mosio; vedi fasc. 40.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercasi direttore del Laboratorio di chimica, microscopia, batteriologia e anatomia patologica. Vedi fasc. 40. Scad. 15 ottobre.

BARI. *R. Clinica ostetrico-ginecologica.* — Sono disponibili 4 posti di assistente volontario. Vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

BRUGNATO (*Spezia*). — Proroga a tutto 31 ott.

CAGLIARI. *R. Università.* — Professore non stabile di patologia spec. chirurg. Scad. 15 ott. Vedi fasc. 39.

CASOLA DI LUNIGIANA (*Massa-Carrara*). — Lire 9000 e 5 quinq. dec.; p. cav. L. 1500; p. uff. san. L. 200 (*sic*); età lim. 40 a.; tassa L. 50.15. Scad. 20 ott.

CASTELLUCCIO SUPER. (*Potenza*). — A tutto 25 ott., 2ª cond.; ab. 1212; L. 6000 (*sic*) e 6 quadrienni del dodicesimo (*sic*); addizion. L. 5 oltre 300 poveri.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Castel Frentano (5214 ab., metà in campagna). Scad. 15 ott. Titoli ed esami. Stip. L. 5000 (*sic*).

COLBORDOLO (*Pesaro-Urbino*). — Al 20 ott.; vedi fasc. 40.

COSENZA. *R. Prefettura.* — A tutto il 10 ottobre, uff. san. del Comune di Paola; stip. L. 7000 e 5 quadrienni decimo.

COSTARAINERA (*Imperia*). — Consor. 3 Com.; lire 7500 (*sic*) oltre L. 500 uff. san. e L. 1500 serv. ostetr. (temporaneam.). Scad. 30 gg. dal 12 sett. Tassa L. 50 all'Esattor. di Imperia I (Porto Maurizio). Serv. entro 15 gg.

CREMONA. *Ospedali Maggiore ed Ugolani Dati.* — Al 15 ott., anatomopatologo; vedi fasc. 39.

FIUME. *R. Prefettura per la Provincia del Carnaro.* — Uff. san. del capoluogo; proroga al 30 ottobre.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Uff. san. in 13 Comuni; scad. 25 ott. Vedi fasc. 39.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Assist. effett. medic.; L. 5000, stanza; turni accettaz e pr. soccorso di 24 ore L. 30. Scad. ore 18 del 31 ott. Età mass. 30 a. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

PALAZZAGO (*Bergamo*). — Al 15 ott.; v. fasc. 36.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Chirurgo comprimario dell'Ospedale Maggiore; L. 5000 e partecipaz.; scad. ore 16 del 25 ott.; età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg. Biennio di laurea e di assistentato o aiuto in reparto chirurgico di grande Osped. o in Clin. chir. Chiedere annunzio.

REGGIO CALABRIA. *Istituto Diagnostico dell'Associazione Naz. per gli Interessi del Mezzogiorno.* — Medico radiologo; titoli; anno di prova; stip. L. 10.000; percentuali 30 % entrate lorde, oltre eventuali entrate. Chiedere schiarimenti Direttore Istituto.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

ROMA. *Società Anonima Fiuggi.* — Direttore dello Stabilimento in Fiuggi; vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

SATRIANO DI LUCANIA (*Potenza*). — Scad. 27 ott.; vedi fasc. 40.

S. POLO DI PIAVE (*Treviso*). — Al 30° giorno dal 20 sett.; vedi fasc. 40.

VICCHIO (*Firenze*). — Scad. 15 ott. Vedi fasc. 40.

VILLA DI TIRANO (*Sondrio*). — Al 15 ott.; vedi fasc. 39.

ZAGARISE (*Catanzaro*). — Al 15 ott; vedi fasc. 36.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La Società dei neurologi tedeschi ha assegnato la medaglia di Erb ai due grandi neurologi Wagner Jauregg e O. Vogt, rispettivamente per i loro studî sulla paralisi progressiva e sull'istologia del cervello. Facevano parte della Commissione assegnatrice della onorificenza i professori Nonne, O. Forster, Anton e Mingazzini. Quest'ultimo fece importanti dimostrazioni sull'anatomia patologica del cervello, che riscossero l'unanime applauso dell'assemblea. Insieme ai proff. Henschen (Stoccolma) e Nonne (Amburgo) fu nominato membro onorario della Società.

Il dott. comm. Edmondo Sbriscia, già consulente sanitario del R. Provveditore alle Opere Pubbliche per l'Abruzzo e il Molise, è nominato medico provinciale di Napoli, quale successore del compianto prof. Giacomo Corselli. Egli è coadiuvato dai medici provinciali aggiunti Fosco e Polese.

NELLE UNIVERSITÀ.

Il prof. Gaetano Quagliarello, di fisiologia a Catania, è stato chiamato a coprire la cattedra di chimica biologica, recentemente istituita a Napoli.

Sono nominati professori non stabili: Giov. Batt. Zonda di farmacologia e tossicologia, Giuseppe Bianchini di medicina legale e Michele Bolaffio di clinica osterico-ginecologica a Cagliari; Gaetano Cutore di anatomia umana normale a Catania; Alfredo Chistoni di farmacologia e tossicologia a Parma; Enzo Bizzozero di clinica dermosifilopatica, Giacomo Aymerich di clinica ostetrico-ginecologica, Ivo Nasso di pediatria e Primo Dorello di anatomia umana normale a Perugia.

Sono trasferiti i proff: Enzo Bizzozero di clinica dermosifilopatica da Perugia a Torino; Tullio Gayda di fisiologia da Bari a Pavia; Rinaldo Pellegrini di medicina legale e infortunistica da Catania a Padova; Giuseppe Ovio di clinica oculistica da Genova a Padova. Il prof. Giuseppe D'Agata è trasferito dalla cattedra di patologia chirurgica a quella di clinica chirurgica nella Università di Messina.

Il prof. B. Nocht, direttore dell'Istituto d'Igiene Tropicale e Navale di Amburgo, è nominato rettore dell'Università della stessa città.

Sono nominati clinici dermatologi i proff.: Leopoldo Arzt a Vienna, quale successore di Gustavo Riehl; Carlo du Bois a Ginevra, quale successore di Ugo Oltremare; Pedro L. Balina a Buenos Aires.

Il prof. E. Fischer, di anatomia all'Università di Friburgo, è nominato direttore dell'Istituto per studî antropologici che viene ora organizzato a Dahlem.

NOTIZIE DIVERSE.

XXXII Congresso di Medicina interna.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Medicina interna, addolorato per la morte improvvisa del collega prof. Luigi Lucatello, direttore della R. Clinica Medica di Padova, e presidente del Comitato organizzatore del XXXII Congresso di Medicina interna, ha deliberato, in omaggio all'opera di ordinamento già sviluppata dall'illustre Estinto, che il Congresso sia tenuto nella data precedentemente fissata (25-28 ottobre), in Padova.

I soci e gli aderenti potranno inviare le quote d'iscrizione, in lire 50, al segretario del Comitato organizzatore, prof. Giorgio Cevolotto, presso la R. Clinica Medica di Padova.

Essi riceveranno, in tal guisa, il programma del Congresso, le tessere per i ribassi ferroviari, e tutte le pubblicazioni inerenti al Congresso, e avranno diritto al volume degli Atti.

Si ricorda che i temi messi all'ordine del giorno sono:

1) Cura chirurgica della tubercolosi polmonare (in comune con la Società Italiana di Chirurgia); relatori proff. Francesco Galdi e Nicola Leotta.

2) Angina di petto; relatori proff. Pietro Castellino e Tommaso Pontano.

3) Reazioni biologiche nella diagnostica clinica (Rivista); relatore prof. Giorgio Cevolotto.

Per qualsiasi schiarimento rivolgersi al segretario del Congresso, prof. Giorgio Cevolotto, presso la R. Clinica Medica di Padova, o al segretario della Società Italiana di Medicina interna, prof. Giuseppe Sabatini, R. Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

Commissione per lo studio della malaria in Sicilia

Una Commissione nominata dalla Sezione d'Igiene della *Società delle Nazioni* si è recata in Sicilia dal 28 settembre all'8 ottobre, per compiere un'ispezione sulla diffusione della malaria e sui mezzi di lotta adottati.

La Commissione è così composta: dott. A. Lutrario, presidente; prof. B. Nocht, direttore dell'Istituto per le malattie tropicali di Amburgo (Germania); col. med. S. P. James, del Ministero dell'Igiene (Inghilterra); prof. Ottolenghi Donato, direttore Istitutod'Igiene di Bologna e dott. A. Labranca, direttore capo divisione del Servizio igienico presso la Sanità Pubblica (Italia); prof. N. H. Swellengrebel dell'Università di Amsterdam (Olanda); prof. E. Marchoux dell'Istituto Pasteur di Parigi (Francia); prof. Claus Schilling (Stati Uniti d'America); dott. Anigstein, direttore del Laboratorio di Varsavia (Polonia); dott. A. Sfarcic (Jugoslavia); dott. C. Moutoussis (Grecia); dott. C. M. Wenyon (Inghilterra); dott. Biraud, segretario.

Ne riassumiamo il programma: 28 sett. a Palermo: illustrazione del prof. L. Manfredi sulla malaria nella Sicilia occidentale; visita delle bonifiche di Mondello. — 29 id.: visita del Lago artificiale Alto Belice (Piana dei Greci). — 30 id.: visita alle opere di piccola bonifica lungo il fiume Oreto. — 1° ottobre: visita della miniera Guzzo Disi (Caltanissetta). — 2 id.: visita delle bonifiche miniere Trabìa e Gallitana. — 3 id.: visita degli impianti sanitari del Sindacato per gli infortuni nelle miniere di zolfo. — 4 id. a Catania: esposizione del prof. E. De Mattei sulla malaria nella Sicilia orientale; visita alla Rotondella. — 5 id.: visita della stazione antimalarica della Rockefeller nella Piana di Catania; visita dell'Ambulatorio in Moio Alcantara. — 6 id.: visita della bonifica dei pantani Lentini. — 7 id.: visita delle bonifiche Lisimelie (Siracusa). — 8 id.. visita degli impianti sanitari di Siracusa.

V Congresso della Società Italiana di Urologia

Il V Congresso della Società Italiana di Urologia sarà tenuto a Padova il 29 e 30 ottobre. Temi di relazione sono i seguenti: « Il reflusso vescico-renale »; Rel.: Dott. Ravasini (Trieste), e « La diagnosi e la cura delle vescicoliti »; Rel.: Chiaudano (Torino).

Il Segretario locale del Congresso è il prof. Giorgio Bloch - Padova, Piazza Cavour.

V Congresso dei rappresentanti dei luoghi di cura.

Si è tenuto ai Bagni di Montecatini. Assistè all'inaugurazione il sottosegretario di Stato agli Interni on. Teruzzi. Erano pure presenti i senatori Queirolo e Pescarolo, l'on. Maraviglia e numerose personalità della scienza e della politica.

L'on. Maraviglia, presidente dell'Associazione Nazionale degli Enti Autarchici, ha porto il saluto al rappresentante del Governo e ha illustrato gli scopi del Congresso. Ha preso poi la parola l'on. Teruzzi il quale ha pronunciato un discorso e in cui tra l'altro ha detto: « In nome del Fascismo vi dico: al lavoro! Al lavoro lasciando fuori della porta il bagaglio delle vecchie ideologie e dei vecchi sistemi, pensando che qui noi siamo venuti, non per fare della inutile accademia, ma per studiare e per trarre dai nostri studi vantaggi reali, pratici e benefici. Accogliete il comando del Duce: marciare, lavorare, operare per la grandezza della Patria ».

II Congresso internazionale della stampa tecnica.

Si e adunato a Roma, dal 29 sett. al 1° ott., il II Congresso indetto dalla Federazione Internazionale della Stampa Tecnica, che ha sede a Parigi ed è presieduta da Monnier. Vi sono intervenuti i rappresentanti di 25 Nazioni. (L'Associazione della Stampa Medica Italiana, in via di ricostituzione, non è federata).

Congresso internazionale della tubercolosi.

Si è adunato negli scorsi giorni a Washington. Su proposta del delegato italiano dott. Roatte, si è deciso di tenere a Roma il prossimo convegno, stabilito per il 1928. L'on. Raffaele Paolucci, presidente della Federazione Antitubercolare Italiana, è stato acclamato presidente dell'Unione Antitubercolare Internazionale.

I Riunione della Stampa medica dei Paesi latini.

Invece che in ottobre 1926, come era stato annunziato, la I Riunione della Stampa medica dei Paesi latini si terrà, a Parigi, nell'aprile 1927. Attivamente, intanto lavora per la buona riuscita della Riunione il Comitato organizzatore, presieduto dal prof. Loeper, presidente dell'Associazione della Stampa Medica francese e del quale fanno parte come vice-presidenti, i proff. Mayer (di Bruxelles), Coca (di Madrid), Ascoli (di Roma), Danielopolu (di Bucarest), De Azevedo (di Lisbona), Delfino (di Buenos Ayres), Le Sage (di Montréal), ecc.; come segretario generale, il dott. L. M. Pierra e come tesoriere G. Baillière.

La Riunione si propone lo scopo di unire in una grande Federazione le associazioni di stampa medica, le riviste e i giornali di medicina e i giornalisti medici (direttori o redattori di giornali) spagnoli, francesi, italiani, portoghesi e rumeni. Vi saranno lette alcune importanti relazioni, i cui temi sono: 1) Unificazione della terminologia, della classificazione e della bibliografia nella letteratura medica; 2) La proprietà letteraria e la stampa medica; 3) Importanza della stampa medica nella preparazione, organizzazione e nei resoconti dei congressi di medicina. Il programma dei festeggiamenti e delle escursioni sarà fissato ulteriormente.

La quota d'iscrizione è fissata in 50 frs. per le Associazioni di stampa medica aderenti collettivamente; 100 frs. per le riviste e giornali che aderiscono individualmente; 40 frs. per i redattori che collaborano regolarmente ad un giornale di medicina e per i membri delle famiglie dei congressisti. Saranno accordate delle riduzioni ferroviarie.

Inviare le adesioni al dott. L. M. Pierra, 12, rue de Babylone, Parigi (VII), indicando il numero delle persone di famiglia con le quali si interviene.

Associazione della Stampa Medica Belga.

Terrà l'assemblea generale statutaria il 17 ottobre a Bruxelles, presso la Fondazione Universitaria (rue d'Egmont 11). I periodici medici non inscritti sono stati invitati a inviare d'urgenza la loro candidatura, designando i periodici « padrini », che essi scelgono per la presentazione.

Lega internazionale contro l'epilessia.

L'Associazione Nazionale Americana per lo studio della epilessia, come parte della Lega Internazionale contro l'epilessia, ha promossa una più intima unione di tutti quei neurologi e psichiatri di ogni nazione che si interessano delle malattie convulsive e della epilessia in particolare.

Il dott. Otto Wundt, della sezione psichiatrica dell'ospedale e dell'Università Johns Hopkins, e professore *ad honorem* di psichiatria nella Università di Monaco (Germania) è stato nominato delegato dell'Associazione Nazionale per lo studio dell'epilessia: egli ha preso parte alle sedute della « Gesellschaft Deutscher Nervenaerzte » in Dusseldorf (Germania) del settembre 1926 e fa noto che sono da indirizzarsi a lui le comunicazioni di tutti gli interessati. Indirizzo: Prof. Dott. Otto Wundt, Clinica Psichiatrica Nussbaumstr. 7 Monaco (Germania).

Associazione Ospedaliera Americana.

Ha tenuto il suo 28° Convegno annuo ad Atlantic City dal 27 settembre al 1° ottobre; vi sono state annesse alcune Mostre. Fra i temi discussi sono stati: Semplificazione e standardizzazione dei servizi; Che cosa può esser fatto per le classi medie e con esse; Dietetica ospedaliera; Architettura ospedaliera; Gli ospedali rurali; Le scuole per infermiere; Efficienza clinica e scientifica, ecc. In seno all'Associazione si sono anche adunate l'Associazione Americana dei Pedocomi e l'Associazione Americana per la terapia di lavoro.

Associazione Elettroterapeutica Americana.

Ha tenuto la sua 36ª adunanza annua a New York dall'8 all'11 settembre. Vi furono invitati Nagelschmidt di Berlino, Rivière e Foveau de Courmelles di Parigi, Chausse e La Fortune di Montréal (Canadà).

Corso accelerato pei medici condotti.

Anche questo anno nello Spedale Civile di Venezia si terrà il corso accelerato dei medici condotti. Il programma che sarà pubblicato fra breve nei suoi dettagli porta la trattazione di argomenti importantissimi pel pratico da parte dei primari ospedalieri e vi saranno delle conferenze per le quali è già assicurato il concorso di alcuni fra i più eminenti clinici medici d'Italia.

Il corso avrà luogo dal 5 novembre al 5 dicembre e durante di esso i medici che provengono da fuori potranno avere come l'anno passato la pensione in Ospedale a condizione di favore.

Per ulteriori informazioni rivolgersi alla Direzione dello Spedale Civile.

Corsi di perfezionamento in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Saranno tenuti presso le rispettive Scuole delle Regie Università di Bologna e di Firenze. Le iscrizioni sono di già aperte ed il loro numero ha un limite che consiglia ad essere solleciti.

Per programmi ed informazioni rivolgersi alla Segreteria della Facoltà Medico-Chirurgica delle suddette Università. Per Bologna si può scrivere anche direttamente alla Scuola Odontoiatrica Universitaria, Via S. Vitale, 59.

Corso di malariologia.

Si è tenuto nell'Ospedale Governatoriale di S. Sabina e nell'Asilo antimalarico Ettore Mar-

chiafava un corso di malariologia per un primo gruppo di Medici dell'Agro Romano.

Detto corso ha compreso lezioni teoriche impartite dai professori Pecori, De Rossi, Petacci ed Escalar ed esercitazioni pratiche in campagna romana.

Verrà fatta una visita di istruzione alla scuola di Malariologia di Nettuno ed è stata fatta una gita di istruzione alla Stazione Sperimentale della Rockfeller a Fiumicino.

Corsi di prerfezionamento alla Facoltà Medica di Vienna.

La Facoltà Medica di Vienna organizza da qualche anno dei corsi in lingua tedesca per qualsiasi ramo dello studio di medicina. Ai medici che hanno finiti i loro studi è quindi data la possibilità di perfezionarsi nella loro disciplina come pure di specializzarsi in un sol ramo.

Questi corsi sono raccolti in un prospetto per l'anno 1926-27 (1° ottobre 1926-30 settembre 1927), il quale si ottiene gratuitamente richiedendolo all'ufficio dei corsi della Facoltà Medica di Vienna (Kursbüro der Wiener Medizinischen Fakultät), Vienna VIII, Schlösselgasse 22. Da questo prospetto gli interessati potranno desumere tutte le condizioni. Informazioni verbali si danno gratuitamente; per scritto contro francobolli. Gli uditori saranno pure consigliati per l'alloggio e il vitto.

Inoltre avranno luogo, quattro volte all'anno, cioè in febbraio, giugno, settembre e novembre, dei « Corsi Internazionali » (Internationale Fortbildungskurse), ciascuno della durata di due settimane, i quali tratteranno i progressi attuali d'uno speciale ramo.

I programmi per questi corsi si ottengono dal segretariato, Vienna IX, Porzellangasse 22 (Obermedizinalrät Dr. Kronfeld) ed anche dall'ufficio dei corsi della Facoltà Medica di Vienna (vedi sopra).

La Facoltà Medica di Edimburgo

ha solennizzato il suo 2° centenario il giorno 11 giugno, presenti sir George Newman, capo dei servizi sanitari e ministro dell'igiene, che tenne un discorso.

Il centenario di Laënnec.

Si è commemorato, il 12 agosto u. s., a Ploaré (Douarnenez, in Bretagna) il centenario della morte di Laënnec. Innanzi ad una folla numerosa di autorità, di medici e di rappresentanti dell'Accademia di medicina e degli Ospedali di Parigi, tra i quali Chauffard, Thibierge, M. Labbé, Laignel-Lavastine, de Jongh, Heitz-Boyer, Guy-Laroche, P. Monre e molti altri, si è svolta dapprima una solenne cerimonia religiosa; poi i convenuti si sono recati in corteo al cimitero di Ploaré ove il Grande è sepolto. Quivi il dott. Mevel (di Douarnenez) ha illustrato la figura di cittadino e di scienziato del Laënnec; poi hanno parlato il prof. Chauffard, ricordando che l'Accademia di medicina di Parigi si propone di tenere un'altra commemorazione anche nel suo seno, nel prossimo dicembre, il prof. Labbé, a nome dei brettoni di Parigi, Laignel-Lavastine, per la Società di storia della medicina, il dott. Chauvel (di Quimper), che ringraziò i convenuti a nome della città natale di Laënnec, e molti altri.

Asilo-scuola all'aperto Paolo Wedekind in Palermo.

È stato, or non è molto, inaugurato in Palermo il primo Asilo-Scuola all'aperto, sorto su un'area di terreno ceduto dal Comune e per l'attività del Consorzio antitubercolare al quale la sig.ra Herta Ottolenghi Wedekind aveva generosamente donato L. 200.000 per tale scopo. L'Asilo risponde alle più moderne esigenze igienico-pedagogiche e in esso per ora potranno funzionare il giardino d'infanzia e la 1ª e 2ª classe elementare, in attesa che ben presto l'opera possa essere completata. Sopraintende al detto Asilo una Commissione di vigilanza formata da rappresentanti del Consorzio antitubercolare, del Comune e del Comitato cittadino sorto per la raccolta di fondi, e propriamente dai proff. Manfredi, Calandra, Aliquò, Garofalo, Franzitta, dal dott. Purpura, medico provinciale aggiunto e dalla sig.na C. Trigona di S. Elia. La direzione sanitaria è affidata al dott. Franco Amenta, medico scolastico del Comune.

L'inaugurazione è riuscita imponente per concorso di Autorità e di una larga rappresentanza della classe medica e di quella magistrale. Parlarono, illustrando l'importanza dell'opera, il comm. Tafuri, presidente del Consorzio antitubercolare, il comm. prof. Edoardo Calandra, assessore per la P. I., a nome del Comune, e infine il prof. Luigi Manfredi.

Il dopolavoro nel campo sanitario.

Sotto la Presidenza del prof. dott. Arnaldo Fioretti s'è riunita al palazzo Fiano, nella sede dell'Opera Nazionale Dopolavoro in Roma, la Commissione Centrale Sanitaria.

Oltre al presidente prof. Fioretti erano presenti il prof. comm. Tito Gualdi, membro-segret., il prof. comm. Alessandro Messea, direttore generale della Sanità Pubblica, il prof. Giovanni Loriga, dell'Ufficio del Lavoro, l'on. prof. Alessandro Guaccero, il grand'uff. Mario Giani, consigliere delegato dell'O. N. D.

La Commissione ha esaminato la relazione, preparata dal segretario prof. Gualdi, sul programma di lavoro da svolgere. Si è stabilito che in ciascuna Provincia deve essere nominato un Delegato Tecnico al quale verranno affidati i seguenti compiti: 1) Eseguire una statistica di tutte le istituzioni esistenti nel campo della igiene popolare nella zona di sua competenza e riferire sulla loro potenzialità, efficacia e mezzi a disposizione; 2) Fare un rapporto su tutte le ini-

ziative nuove che possono essere prese sia nel campo generale che nel campo particolare delle industrie locali per migliorare la salute e la educazione igienica degli operai; 3) Eseguire attivamente, d'accordo col Commissariato provinciale dell'O. N. D., le istruzioni che, su parere della Commissione Centrale, saranno impartite dalla Direzione dell'Opera e vigilate sulla loro pratica attuazione.

Per poter impartire tali istruzioni ai Delegati Tecnici, sarà necessario stabilire in linea generale gli obbiettivi attorno ai quali deve svolgersi l'azione di propaganda; anche per poter allestire in tempo i mezzi dimostrativi e preparare uno schema il più uniforme possibile. Intanto è chiaro che le branche in cui può dividersi la propaganda igienica fra lavoratori sono le seguenti: *a*) igiene generale; *b*) igiene sociale; *c*) igiene industriale; *d*) igiene individuale e famigliare.

Per ognuna di queste branche il relatore stabilisce ed illustra altrettanti programmi speciali di svolgimento, adattabili ai vari ambienti industriali e regionali.

Si è stabilito che tra la Commissione Centrale Sanitaria e la Direzione Generale di Sanità vi sia una costante collaborazione. Dietro consiglio del prof. Loriga, si è decisa la pubblicazione di un opuscolo con schemi di lezioni e di conferenze facili ed accessibili alle masse. Si è deliberato inoltre di demandare al presidente prof. Fioretti, il compito dell'organizzazione e della nomina dei Delegati Tecnici Provinciali e al prof. Gualdi l'incarico della propaganda.

Con riferimento all'attività svolta dall'Istituto Nazionale L.U.C.E. si è approvato l'ordine del giorno seguente: «La Commissione Centrale Sanitaria, riconoscendo la cinematografia come uno dei mezzi più potenti e più efficaci di propaganda, esprime il voto che, nel caso in cui siano edite pellicole di propaganda igienica, sia sentito il suo parere tecnico al fine di ottenere materiale adatto agli scopi che s'intendono raggiungere».

Museo chirurgico.

Il Reale Collegio dei Chirurgi di Londra ha da tempo organizzato un Museo, del quale è stato curatore il prof. S. G. Shathock. In seguito alla morte di questi, è ora stato nominato allo stesso posto il sig. C. F. Beadles. Il Museo comprende una parte patologica e una strumentale. È ricco di materiale riferentesi ai tempi passati, compresi quelli preistorici, ed ai varî paesi, presenta perciò anche interesse etnografico e antropologico.

Istituto per la biofisica del cervello.

A Leningrado è stato inaugurato un Istituto per lo studio della biofisica del cervello, alla cui direzione è stato chiamato P. Bechterew, il quale ha iniziato ricerche circa la trasmissione del pensiero a distanza.

Il prof. Minkowski.

A causa dei limiti d'età il prof. Oskar Minkowski ha lasciato la cattedra di patologia medica dell'Università di Breslavia.

In tale occasione si è svolta una grandiosa cerimonia di omaggio all'illustre scienziato, con scoprimento di un artistico busto, nell'aula in cui egli ha per lunghi anni impartito i suoi insegnamenti.

Per il tenente generale medico prof. G. Gualdi.

Il 28 giugno scorso tutti gli ufficiali medici e chimici-farmacisti del presidio di Napoli e degli ospedali viciniori con un'intima e simpatica cerimonia, hanno reso un affettuoso omaggio al tenente generale medico prof. G. Gualdi, che ha lasciato la carica di Ispettore di zona per assumere in Roma quella di Presidente del Collegio medico-legale.

Il Direttore di sanità, colonnello medico La Grotteria, con nobilissime parole, dopo aver ricordato il vibrante ordine del giorno di commiato del generale, disse delle sue alte benemerenze scientifiche e militari e dell'incancellabile ricordo di stima e di simpatia che egli lasciava fra i suoi dipendenti.

A tutti rispose vivamente commosso il festeggiato, assicurando che non avrebbe mai dimenticato il soggiorno di Napoli, cui era legato da vincoli di vivissimo affetto.

Un busto al prof. De Giovanni.

Con grande solennità, alla presenza dei ministri Fedele e Rocco, del prefetto di Trento e di numerose personalità del mondo scientifico convenute da tutta Italia, venne inaugurato l'8 settembre a Roncegno un busto in memoria del sen. prof. Achille De Giovanni. Il monumento, opera dello scultore Gallelli di Cremona, posa su una ricca base di marmo rosso di Trento. Dopo lo scoprimento del busto, pronunziarono applauditissimi discorsi il prof. Giacinto Viola, il cav. Froner, il prof. Luigi Lucatello, di cui pochi giorni dopo doveva lamentarsi la perdita e il ministro Fedele, il cui discorso suscitò entusiastici applausi. Terminata la cerimonia venne data lettura del verbale di consegna del monumento.

Ginnastica medica nelle scuole di Roma.

Mediante intese promosse dal Governatore senatore Cremonesi, la Direzione didattica centrale delle Scuole elementari e la Direzione dell'Ufficio d'Igiene daranno attuazione a speciali corsi per la preparazione degli insegnanti alla esecuzione della ginnastica medica. Si vuole infatti che la ginnastica non debba essere più compiuta, nelle scuole, al solo scopo sportivo o in vista di una utilità generica dell'organismo, ma piuttosto dovrà essere eseguita con criteri precisi per la correzione e lo sviluppo di determinati organi e per il raggiungimento di determinati risultati.

Il prof. Serena è stato incaricato della organizzazione di detti corsi di preparazione degli insegnanti.

Scuola Convitto per signorine Infermiere.

È aperta la iscrizione alla Scuola Convitto « Nani » in Venezia per l'anno scol. 1926-27. La durata del corso è di un biennio. Si avverte che oltre al diploma professionale di Infermiera, le allieve potranno conseguire, con un ulteriore corso annuale, anche il diploma di Assistente Sanitaria. Le aspiranti dovranno produrre, non oltre le ore 17 del 31 ott., istanza su carta boll. da L. 2 controfirmata, per le minorenni, dal padre o dall'esercente la patria podestà, corredata dai seguenti documenti: *a*) Fede di nascita da cui risulti avere la concorrente l'età non inferiore ai 18 nè superiore ai 30 anni; *b*) Licenza tecnica o complementare o titoli equipollenti; *c*) Stato di famiglia; *d*) Certificato di buona condotta; *e*) Certificato penale. Per tutte le opportune informazioni le aspiranti potranno rivolgersi alla Direzione Sanitaria dell'Ospedale Civile.

Conferenze per gli emigranti.

Il « Bollettino dei Medici della Marina Mercantile » reca che nell'ultima traversata del « Principessa Giovanna », su proposta del R. Commissario cav. dott. G. Rosso, con l'entusiastico consenso del Comandante Garaventa e la collaborazione del suo Stato Maggiore, si tenne agli emigranti un ciclo di conferenze di coltura popolare e di propaganda nazionale.

Il direttore Sanitario dott. Jaia spiegò esaurientemente come si diventa tubercolotico, volgarizzando con efficacia i mezzi di difesa individuale e sociale contro il terribile male.

Propaganda scientifica.

L'Accademia delle Scienze di Washington sollecitata dall'Associazione Americana delle biblioteche ha di recente diffuso tra il pubblico un primo elenco dei migliori libri di volgarizzazione scientifica; sono quasi cento volumi che comprendono le varie discipline: fisica, chimica, geografia, medicina, igiene, scienze naturali, ecc.

Medici stranieri in Italia.

Un gruppo di 130 medici stranieri rappresentanti 17 Nazioni ha visitato le principali stazioni idroclimatiche italiane. Il viaggio è stato organizzato dall'« Enit » e diretto dal prof. gr. uff. Guido Ruata.

Per le cure radiologiche.

Un decreto ministeriale in data 15 agosto 1926 (*Boll. Uff. Minist. Int.*, nn. 24-26, p. 546) integra le istruzioni annesse al D. M. 30 aprile 1921.

Nuovo rimedio per la lebbra.

Il dott. A. Machado ha annunziato, innanzi alla Società Medica e Chirurgica di Rio de Janeiro, di avere ottenuto ottimi risultati, nella cura dei lebbrosi degli ospedali di Minas, dagli eteri di un olio estratto dal *Carpotroches brasiliense*, vegetale noto localmente col nome di « sapucainha »; il suo olio contiene gli acidi carpotrochico e carpotrochinico, la cui struttura induce ad ammettere un'azione terapeutica ancora superiore a quella dell'olio di chaulmoogra.

Improvvisamente è morto per un aneurisma il sen. prof. ANTONIO GROSSICH, il più tenace ed autorevole assertore della redenzione di Fiume. Valentissimo operatore, era noto a tutto il mondo medico-chirurgico per il metodo che ne reca il nome.

Di Lui diremo più ampiamente in un prossimo numero.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 18 Ottobre 1926 — Fasc. 42

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO MEDICO LEGALE PER L'AERONAUTICA DI ROMA (MONTECELIO).

Le oscillazioni pupillari consecutive al riflesso fotomotore

del dott. prof. ALBERTO SANTAMARIA
Ten. col. medico, direttore.

È noto che la pupilla può variare nel suo diametro, a costante ed uguale illuminazione, con successive oscillazioni; questo fenomeno viene oggi interpretato come un segno patologico che va sotto il nome di « hippus ».

Il fenomeno delle oscillazioni pupillari sarebbe molto raro, anzi eccezionale e sempre esponente di grave malattia del sistema nervoso. Infatti si riscontrerebbe nel periodo preatassico (Terrien) (1), nelle malattie organiche del cervello, come nelle nevrosi funzionali (Axenfeld) (2), nella sclerosi disseminata, nell'epilessia, nella meningite acuta e nelle paralisi del 3° paio in via di guarigione (Ferranini) (3). Per Herbert L. Deason (4) l'hippus è presente nelle sclerosi a placche e nei tumori cerebrali e sarebbe frequente quando esiste scotoma centrale del campo visivo, con qualche lesione delle fibre maculari ed assiali del n. ottico e negli alcoolisti.

Ora nelle visite, eseguite in questo Istituto ai piloti ed aspiranti piloti, ho constatata la esistenza costante di oscillazioni, che seguono immediatamente alla miosi reattiva, quando persista lo stimolo luminoso (5).

È bene premettere che, di solito, l'esame della motilità pupillare vien eseguito alla luce diffusa del giorno, situando l'esaminando di fronte ad una finestra. In tali condizioni, com'è noto, il restringimento pupillare reattivo è sempre poco accentuato, sufficiente, però, ai fini clinici, per stabilire l'esistenza e la prontezza della reazione. Viene consigliato l'esame in camera oscura solo quando v'ha torpore od assenza del riflesso alla luce.

Io, invece, sistematicamente, ho fatto le mie osservazioni sempre in camera oscura, con metodismo costante, evitando cause di errori o falsi apprezzamenti.

(1) TERRIEN. *Semiologie oculaire. Le diaframme irido ciliare.* Masson, 1924, pag. 84.
(2) AXENFELD. *Traité d'oftalm.* Steinheill, 1913.
(3) FERRANINI. *Manuale semeiologia medica.* Idelson, 1923, 4a edizione, pag. 615.
(4) Vedi *Indice diagnostico del French*: voce « Hippus », pag. 304.
(5) MAGITOT. *L'iris.* Doin, 1921.

Come sorgente luminosa ora mi son servito di una comune lampada oftalmoscopica, portando la luce sull'occhio con una lente comune collettiva o con lo specchietto piano o concavo, ora di una lampadina elettrica portatile. Ho variata la sorgente luminosa per meglio controllare i risultati, mentre ho curato di porre gli esaminandi sempre in eguale atteggiamento del capo, con direzione dello sguardo ora in alto, ora di fronte, sempre però in modo che non potesse entrare in giuoco il meccanismo accomodativo.

Ho provocato il riflesso, dirigendo la luce rapidamente sull'occhio in esame, lasciando questo poi per qualche tempo sotto l'azione dello stimolo, per osservare, così, i movimenti pupillari consecutivi.

In queste condizioni il riflesso fotomotore è sensibilizzato e non passano inosservate neppure le più piccole oscillazioni pupillari.

Queste oscillazioni non si manifestano in tutti gli individui nella stessa maniera.

In alcuni casi lo stimolo luminoso produce miosi accentuata, alla quale, col persistere dello stimolo, seguono poche e limitate oscillazioni, oppure oscillazioni costituite da dilatazioni poco estese e da restringimenti accentuati fin che la pupilla non assume uno stato miotico.

In alcuni individui, con pupille ampie, sotto l'azione dello stimolo, si osserva una reazione appena evidente (reazione torpida) alla quale seguono oscillazioni limitate per estensione, nelle quali la dilatazione predomina sulla miosi, fin che la pupilla non ritorna alla fase assunta nella prima contrazione.

Altre volte, infine, ho notato che alla reazione seguono scarse oscillazioni che non dànno sicura impressione di un predominio della dilatazione sul restringimento o viceversa.

Queste oscillazioni si manifestano sempre, qualunque sia il settore retinico illuminato e qualunque il mezzo usato per l'illuminazione.

Ho controllato sempre le mie osservazioni alla luce diffusa solare, provocando il riflesso di fronte ad una finestra, nella maniera solita. Naturalmente ho avuto l'accortezza, dopo accertata la miosi reattiva, di continuare l'osservazione per studiare le fasi successive pupillari. Ho così rilevato che alla luce diffusa solare le oscillazioni consecutive al riflesso esistono sempre, ma son così poco evidenti e limitate in estensione da dar talvolta alla pupilla l'apparenza di una immobilità quasi assoluta, dopo la miosi reattiva.

Le oscillazioni pupillari, così provocate non sono di certo sempre esponente di malattie del sistema nervoso, avendole io riscontrate costantemente in individui a sistema nervoso integro, non solo, ma validi, robusti, e sani nei vari organi e sistemi organici.

Quando si pensi, però, che il riflesso pupillare, ai fini clinici, vien d'ordinario provocato in ambienti illuminati da luce solare diffusa, nelle quali condizioni, come ho detto, le oscillazioni pupillari sono appena visibili; quando si tenga presente che di solito la nostra attenzione si polarizza esclusivamente sulla miosi consecutiva all'azione della luce, per osservare la rapidità e l'estensione della risposta allo stimolo, possiamo renderci conto del perchè sogliono passare inosservate le varie fasi oscillatorie pupillari sotto l'azione dello stimolo luminoso persistente.

Non intendo identificare ciò che si definisce comunemente per hippus con le oscillazioni pupillari da me rinvenute negli individui normali.

Sta di fatto, però, che se l'hippus è un fenomeno che comparisce spontaneamente a luce costante, esso in ben poco si differenzierebbe dalle oscillazioni pupillari da me rinvenute in individui normali, oscillazioni che si manifestano anch'esse col persistere dello stimolo.

E che l'hippus si sia riscontrato solo in casi anormali, patologici, di solito in malattie del sistema nervoso, si potrebbe facilmente spiegare, considerando che, solo in questi casi, si suol ricorrere ad un esame accurato a luce artificiale, in camera oscura, ciò che, sensibilizzando il riflesso fotomotore, mette in evidenza, come io ho osservato, le fasi oscillatorie pupillari consecutive al riflesso medesimo. Sarebbe così che, constatatasi l'esistenza delle oscillazioni, esse verrebbero messe in rapporto or con questa or con quell'altra malattia del sistema nervoso, senza che si sia mai data una conveniente spiegazione, sia pur ipotetica, del fenomeno ritenuto patologico e del suo legame col morbo, nella cui sintomatologia esso prende posto.

Poichè lo scopo del mio studio è l'esposizione di fatti e non quello di detronizzare l'hippus dal posto che, bene o male, occupa in semiologia, chiudo questa parentesi critica e vado oltre nella disamina del fenomeno delle oscillazioni pupillari consecutive al riflesso fotomotore, da me osservato.

Per darmene ragione ho ricercato nei vari individui esaminati il riflesso oculo-cardiaco del Dagnini; ho verificato le condizioni del polso e la pressione; ho studiata l'emotività; ho tenuto conto dello stato generale e della costituzione di ciascuno. Son venuto, così, alla constatazione che la miosi reattiva, poco accentuata, seguita da oscillazioni, che fanno rilevare una tendenza alla dilatazione, essendo sempre limitate in ampiezza le oscillazioni miotiche, sarebbe esponente di simpaticotonismo, mentre invece la reazione pupillare

costituita da un'energica miosi, seguita da scarse e limitate oscillazioni, nelle quali si rileva il predominio delle fasi miotiche su quelle midriatiche, appena evidenti, sarebbe esponente di vagotonismo. Ho rilevato altresì che nei casi in cui non si ha sicura impressione del predominio delle oscillazioni di ampiezza su quelle miotiche o viceversa non si riesce dall'esame generale a stabilire con precisione se nell'osservato predomini il tono vagale o simpatico.

Credo opportuno qui rammentare le ricerche del Roque (6) sulle ineguaglianze pupillari per ripercussività simpatica; queste si esagerano nella oscurità e si attenuano o scompaiono alla luce, mentre quelle sintomatiche di lesioni nervose centrali si esagerano alla luce, e si attenuano o scompaiono al buio (segno del Roque).

Queste ricerche confermano le mie osservazioni in quantochè anche le oscillazioni da me rilevate si esagerano all'oscuro e son lievi, o quasi nulle, alla luce; quindi anche esse son l'effetto di riflettività simpatica.

Avvalorano la mia tesi anche le ricerche del Bellarminoff (7) fatte sulla pupilla, stimolando il simpatico, dopo averlo reciso (reazione pupillare diretta) oppure, stimolando lo sciatico, dopo averlo reciso (reazione pupillare riflessa); nell'uno e nell'altro caso si rilevano oscillazioni pupillari.

E cito anche le recenti ricerche del Negro, il quale ha rinvenuta una fotoreazione premiotica delle pupille negli stati simpaticotonici (8).

Ma, a parte le ricerche del Roque, io trovo la conferma della interpretazione da me data nel modo di comportarsi delle pupille anisocoriche, quando sono esaminate nella maniera da me seguita. Cito qui il caso di un giovane aviatore, uno dei più esperti, il quale mi ha riferito che da qualche anno gli è stata riscontrata una anisocoria. Tutte le ricerche fattegli finora non avevano dato la spiegazione del fenomeno. Wassermann negativa, sistema nervoso integro, nessun fatto morboso degno di rilievo.

Esaminato in questo Istituto, pur confermandosi lo stato generale ottimo e l'integrità del sistema nervoso, all'esame clinico e radioscopico si son rilevati esiti di pleurite apicale destra.

Proceduto all'esame oculare, ho osservato anisocoria (miosi destra). Essendo presente il sintomo del Roque, ho pensato ad una anisocoria da ripercussività simpatica, confermata dall'esistenza degli esiti della lesione apicale (Sergent). Ho proceduto allora all'osservazione pupillare a seguito del riflesso, sempre in camera oscura, ed ho rilevato a destra oscillazioni poco estese e tendenti a mantener lo stato miotico (vagotonismo), mentre a sinistra la miosi riflessa era seguita da vaste oscillazioni, in cui aveva predominio la fase midriatica (simpaticotonismo).

È evidente che l'anisocoria (miosi) è dovuta in questo caso al predominio del tono vagale. E mentre a sinistra il fenomeno delle oscillazioni si compie nettamente col predominio del tono simpatico, a destra, mancando o essendo attenuato l'impulso simpatico, predomina la fase miotica.

Anche teoricamente le oscillazioni pupillari non potrebbero trovar miglior spiegazione, se non nel predominio del tono del vago sul simpatico o viceversa.

Il Terrien (9) a tal proposito paragona il meccanismo della miosi e della midriasi a ciò che avviene nel cuore.

Qui dall'antagonismo dei due sistemi, simpatico e parasimpatico, risulta normalmente uno stato di equilibrio fra tono simpatico e vagale (neurotonia normale, Lereboullet). Per poco che l'un tono domini l'altro, si avrà, rispettivamente, aumento o diminuzione delle pulsazioni cardiache.

Pur non potendosi paragonare perfettamente il meccanismo cardiaco a quello pupillare, sta di fatto che non può escludersi che l'iride, innervata dalle due sezioni del simpatico, riceva impulsi completamente antagonistici, i quali, quando sono in equilibrio, mantengono la pupilla nell'ampiezza media; se per poco predomini l'uno sull'altro sistema, l'ampiezza si modifica, diventando il diametro pupillare più piccolo o più grande del normale, secondo che predomina il vago o il simpatico.

Le oscillazioni pupillari, da me riscontrate, a seguito del riflesso fotomotore, non rappresenterebbero, quindi, che la tendenza della pupilla a riacquistare il suo equilibrio, il suo tono abituale. Non sarebbero che l'espressione del predominio di un sistema sull'altro, non escludendo che possa talvolta aversi una reazione esclusivamente locale, frammentaria, limitata, cioè, solo al sistema simpatico oculare.

Comprendo bene che si debba essere, se non scettici, molto guardinghi sul valore semiologico dei riflessi simpatici, a causa della variabilità di essi negli individui normali. Ma è proprio questa variabilità individuale che il Laiguel Lavastine ritiene espressione di un coefficiente reazionale individuale, il cui studio è necessario per accrescere le nostre cognizioni.

---

(6) Vedi FERRANINI. *Semiologia*, 4ª ediz. Idelson, Napoli, pag. 615.

(7) LUCIANI. *Fisiologia*, 6ª ediz., vol. 4, pag. 345.

(8) NEGRO. *La fotoreazione premiotica delle pupille negli stati simpaticotonici*. 7ª riunione neurologica int. del 1926. Presse méd., luglio 1926.

(9) TERRIEN. *Troubles visuels et glandes à sécretion interne*. Arch. d'opht. Déc. 22.

* * *

Riassumendo le mie indagini, nella riserva di ritornare sull'argomento, si può affermare che:

1) al riflesso fotomotore seguono, col persistere dello stimolo, oscillazioni pupillari variabili secondo gli individui, le quali sono molto evidenti, quando l'esame si esegue in camera oscura, appena visibili, se si provoca il riflesso alla luce solare diffusa;

2) queste oscillazioni, secondo che predomina la fase midriatica sulla miotica o viceversa, rappresenterebbero il predominio, rispettivamente, del tono simpatico o del tono vagale, costituendo, così, uno dei segni, fra i più facili a ricercarsi, della predominanza del tipo costituzionale, in quanto riguarda, almeno, la reattività del sistema nervoso vegetativo.

NOTE E CONTRIBUTI.

R. IST. DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UN. DI ROMA
diretto dal Prof. R. ALESSANDRI.

500 rachianestesie con la tutocaina.

Dott. P. VALDONI, assistente.

Il problema dell'anestesia è sempre di attualità per il chirurgo ed è un problema che nonostante i molti studi non è ancora risolto. Ogni mezzo di anestesia anche il più sicuro, ha i suoi inconvenienti e quindi è logica la ricerca di nuovi mezzi che se da un lato consentano una anestesia completa diano anche maggior affidamento sia nella sicurezza dell'azione che, e più, nella innocuità del loro uso.

Recentemente è stato introdotto nella pratica sotto il nome di « tutocaina » un nuovo succedaneo della novocaina che di fronte a questa avrebbe il vantaggio di dare gli stessi effetti con dosi corrispondenti alla metà e di possedere alla stessa dose una tossicità una volta minore. In conclusione sarebbe capace di dare la stessa azione anestetica con una dose quattro volte meno tossica della novocaina.

Queste qualità del nuovo anestetico di fronte alla novocaina finora considerata come « ideale » hanno indotto il prof. Alessandri all'adozione della tutocaina nella pratica chirurgica della Clinica da lui diretta. I primi casi in cui venne adoperata risalgono al primo trimestre 1925; da allora sono 500 i casi così trattati, e i risultati ottenuti sono stati tanto soddisfacenti da indurci a pubblicare questa nota per fornire al pratico un'arma di più che possa essere maneggiata senza pericolo.

Nella Clinica Chirurgica di Roma il prof. Alessandri fa largo uso della rachianestesia. Non vorremmo dire per questo che gli altri mezzi siano banditi: è sempre nel paziente stesso che si trova l'indicazione, di modo che l'anestesia generale e la locale trovano il loro posto accanto alla R. A. Con la pratica di parecchie migliaia di R. A. praticate con altri mezzi si sono potuti apprezzare subito i grandi vantaggi offerti dalla tutocaina.

Dei 500 interventi eseguiti in R. A. tutocainica 232 riguardavano le donne, 268 gli uomini. Possiamo dire subito che non abbiamo avuto mai a lamentare nessun caso disgraziato. Abbiamo usato la R. A. solo nel segmento lombare, quindi per gli interventi che interessavano una regione del corpo situata sotto una linea trasversa passante per l'areola mammaria. La R. A. è controindicata nei giovani al disotto del 18° anno di età, nei pazienti che presentino deformità della colonna vertebrale, nelle persone pusillanimi, è controindicata ancora da un valore troppo basso della pressione arteriosa. Il sesso non ha importanza. L'anestesia è completa e dura almeno due ore, il che permette di compiere anche interventi multipli e i più complicati.

Non esiste nessuna controindicazione a ripetere la R. A. quando si debba fare un secondo intervento: in 5 casi non abbiamo avuto a lamentare nessun inconveniente.

Un breve elenco degli atti operatori eseguiti in R. A. tubercolinica sarà più eloquente di qualsiasi parola.

Interventi su:

stomaco-duodeno, 50 (29 gastro-enterostomie, 20 resezioni, 1 gastropessi);
fegato e vie biliari, 41 (10 cisti d'echinococco del fegato, 1 ascesso, 1 colecisto-gastrostomia, 27 colecistectomie, 2 coledocotomie sopraduodenali);
milza, 4 (3 splenectomie, 1 cisti idatidea);
intestino, 96 (67 appendicectomie, 1 occlusione da volvolo, 11 emicolectomie, 3 resezioni intestinali, 3 ani ciecali, 3 ani iliaci, 2 fistole intestinali multiple, 5 amputazioni di retto per via addomino-perineale, 1 plastica alla Heinecke-Mikulicz per mesosigma);
utero e annessi, 36 (9 cisti dell'ovaio, 4 annessectomie, 14 isterectomie addominali, 4 vaginali, 1 isteropessi, 4 raschiamenti);
parete addominale, 123 (7 ernie ombelicali, 6 crurali, 73 inguinali, 7 bilaterali, 8 recidive, 2 strozzate, 1 Talma, 19 laparotomie esplorative);
reni e ureteri, 44 (22 nefrectomie, 7 pielolitotomie, 3 nefropessi, 6 lombotomie esplorative, 1 sbrigliamento, 1 decapsulazione, 1 enervazione, 3 ascessi pararenali);
vescica, prostata e organi genitali, 27 (4 exeresi di tumore della vescica, 3 epicistotomie per calcoli, 2 prostatectomie, 6 varicoceli, 5 idroceli, 1 amputazione di pene, 1 ipospadia, 2 trapianti alla Voronoff, 2 orchiepididimectomie, 1 epitelioma vulvare);

emorroidi e fistole anali, 35;
colpoperineorrafia, 5;
laminectomie, 1;
asportazione di mixosarcoma retroperitoneale, 1;
arti inferiori, 31 (4 amputazioni, 4 resezioni, 12 interventi per osteomielite, 2 simpaticectomie, 2 ulceri varicose, 2 infibulazioni, 3 tumori delle parti molli, 1 plastica cutanea, 1 estrazione di proiettile);
interventi multipli, 6 (resezione gastrica e colecistectomia, 1; appendicectomia e colecistectomia, 2; recidiva di epitelioma in stomaco resecato: resezione dell'anastomosi, gastrodigiunostomia, coledectomia, colecistogastrostomia, 1; epitelioma del sigma con invasione della vescica: amputazione del retto e sigma, resezione della vescica, 1; amputazione del retto e isterectomia, 1.

Tecnica. La tutocaina viene in commercio sotto forma di compresse dosate in modo che 4 sciolte in 100 cmc. danno una soluzione al 2 %, o in forma di polvere. È di color bianco e si scioglie dando una soluzione incolora, trasparente, di reazione neutra. È sterilizzabile all'autoclave. Al momento dell'uso si aggiunge la quantità necessaria di adrenalina.

Noi usiamo fiale da 1 cmc. della soluzione al 2 % in soluzione fisiologica. Al momento dell'uso si aspirano in una siringa (lavata in acqua distillata perchè non contenga tracce di carbonato di soda) il contenuto di due fiale cioè 4 centgr. Si aspira poi 1 cmc. di una soluzione di adrenalina al 1/4 ‰, cioè un quarto di mmgr.

Con questa dose, la massima, si ottiene un'anestesia completa della durata minima di 1,30-2 ore, spesso anche più. Negli interventi di breve durata (emorroidi, ecc.) abbiamo ottenuto anestesie complete anche con 2 centgr. e con mezza dose di adrenalina.

Si esegue la P. L. con la solita tecnica nella posizione seduta: è importante di stabilire con esattezza lo spazio in cui deve essere fatta. È ovvio che l'altezza varia a seconda dell'intervento. Per una resezione gastrica si farà l'iniezione tra XII dorsale e I lombare, per una emicolectomia tra I e II lombare, per l'ernia e l'appendicite tra II e III, per l'emorroidi e gli interventi sull'arto inf. tra III e IV.

Conficcato l'ago (noi usiamo il modello di Bier) si faranno uscire alcune gocce di liquor, circa 1 cmc., poi si innesta all'ago la siringa e si aspirano circa 2-3 cmc. di liquor. Si inietta rapidamente, si aspira ancora e si reinietta ripetendo poi una terza volta la manovra. In questa maniera si ottiene una diffusione della sostanza. Estratto l'ago il paziente può venir messo subito in decubito orizzontale, anche nella posizione di Trendelenburg elevata senza che si abbia a lamentare nessun fenomeno di collasso. L'anestesia subentra in circa due minuti in modo che, ultimata la preparazione del campo sterile, si può iniziare l'operazione. La paralisi muscolare segue dopo qualche minuto alla perdita della sensibilità. Il paziente stesso avverte l'inizio della anestesia come un senso di formicolio negli arti inferiori.

Può succedere che dall'ago non fuoriesca liquor pur avendo la certezza di essere in sede esatta. In questi casi conviene iniettare lo stesso perchè se realmente l'ago ha passato la dura, l'anestesia si avrà lo stesso. Talvolta non si riesce ad ottenere il rimescolamento dell'anestetico con il liquor, e, a fortiori, conviene rinunciarci. Non si inietti invece se il liquor è fortemente ematico quantunque la dose di 4 centgr. iniettata nelle vene non sia tossica.

Il malato viene preparato come al solito per l'intervento; mezz'ora prima della R. A. o addirittura all'atto di questa gli verrà praticata una iniezione di 1 centgr. di caffeina. Talvolta, e piuttosto di rado, insorge durante l'operazione il vomito, questo di solito cede a una seconda iniezione di caffeina.

Complicazioni. Vi possono essere delle complicazioni immediate come in tutte le R. A., però con la tutocaina sono assolutamente rare. Così noi abbiamo potuto osservare solo in 2 casi, cioè nel 0,4 %, seguire alla R. A. tutocainica un *collasso* con polso piccolo, frequente, pallore della faccia, respiro superficiale, frequente, senza perdita di coscienza. In tali casi è stata sufficiente una iniezione di canfora e caffeina per rimettere completamente il paziente in condizioni normali e procedere in un caso alla colecistectomia e nel secondo all'estrazione di un calcolo del coledoco. L'operazione venne sopportata benissimo, il decorso postoperatorio è stato normale.

Un'altra complicazione relativamente più frequente è la *cefalea*. La pratica insegna che anche dopo una semplice P. L. è frequente che insorga la cefalea, però è certo che questa, nella maggior parte dei casi, è imputabile all'anestetico. Anche per questa complicazione abbiamo osservato come sia molto meno frequente con l'impiego della tutocaina.

La cefalea si riscontra in circa il 30 % dei casi, insorge nel giorno successivo alla R. A., è di intensità modica e cede facilmente a una iniezione di caffeina, al piramidone, all'aspirina. Talvolta è più ostinata, può durare per 6-7 giorni, essere discretamente violenta. Quali possono esserne le cause? Nella maggior parte dei casi ci sembra si debba incolpare la perdita del liquor c. r. che continua a fuoriuscire per il foro fatto dall'ago nello attraversare la dura. Ciò spiega anche l'insorgenza della cefalea solo parecchie ore dopo la R. A.; una conferma di ciò si può trovare nel

fatto che in 8 casi in cui praticammo, per la cefalea, una P. L., la pressione del liquor misurata al Claude ha dato cifre inferiori al valore normale, in media è stata di 15 cm. di acqua. In tutti questi casi la P. L. fu eseguita nella 3ª-4ª giornata dopo l'operazione. In un solo caso la pressione del liquor era di 70 cm. d'acqua, dopo averne prelevato 8 cmc. era ancora di 50. In questo caso la cefalea era insorta tardivamente, in 3ª giornata, la P. L. venne eseguita in 8ª giornata e fu seguita da notevole remissione della cefalea. Non possiamo pensare in questo caso a una diminuzione del liquor bensì sembra più opportuno di ammettere che fosse una conseguenza di una irritazione chimica della meninge, irritazione che abbia determinato una maggior produzione di liquor. Si spiega così e il comparire tardivamente della cefalea e l'aumentata pressione del liquor come pure l'effetto curativo quasi istantaneo ottenuto.

La cura della cefalea consiste nell'iniezione di 1 centgr. di caffeina che può essere anche ripetuta e nella somministrazione di aspirina, fenacetina e piramidone; nei casi in cui insorge tardivamente ed è molto violenta cede spesso a una rettoclisi di 100-200 cmc. di acqua distillata.

Febbre. L'elevazione febbrile dopo la R. A. tutocainica, è si può dire, la regola; noi l'abbiamo riscontrata nell'80 % dei casi. La febbre insorge la sera stessa dell'intervento, di solito arriva a 37,5 e raggiunge il giorno successivo il massimo, quasi mai tocca 38,5. Talvolta tiene un comportamento diverso, nel senso che inizia la sera con un massimo e va cedendo per lisi nei giorni successivi. Le temperature elevate sono rare; in due soli casi abbiamo osservato temperature di 39,8-39,9. Questa febbre non ha in sè nulla di preoccupante e cade per lisi in 2ª-4ª giornata, raramente arriva alla 5ª.

Ritenzione d'orina. Complicazione rara nella donna è molto più frequente nell'uomo e la sua frequenza è in rapporto diretto con il numero degli interventi che interessino il retto e l'ano. È, così, comune negli operati di emorroidi in cui, per drenaggio, è stato introdotto un tubo nell'ano; nelle operazioni sul perineo; è frequente anche nelle ernie, manca quasi sempre nelle operazioni sull'intestino e organi ipocondriaci. Di solito la ritenzione dura 24 ore, talvolta può durare fino alla quarta giornata. È importante di non siringare subito questi malati ma di aspettare 24 ore, perchè spesso la minzione si ristabilisce spontaneamente dopo questo tempo mentre con il cateterismo precoce si arrischia di prolungare il periodo di ritenzione. In genere prima di decidersi al cateterismo è opportuno di praticare una iniezione endovenosa di due grammi di urotropina, spesso questa in breve tempo provoca in modo netto la minzione spontanea. Sono state consigliate anche delle instillazioni endovescicali di glicerina, la nostra pratica con questo metodo è ancora troppo limitata per permetterci un giudizio sul suo valore.

Di solito la ritenzione d'orina cessa al 5º-6º giorno.

L'ultima complicazione da noi osservata è la *diplopia* dipendente da paresi del retto esterno di un lato. Noi abbiamo potuto osservarne tre casi, cioè nel 0.6 %. In tutti e tre i casi si trattava di donne. Nel primo caso comparve con la cefalea in 2ª giornata e scomparve con questa in 4ª giornata, negli altri due casi comparve senza accompagnarsi a cefalea, nell'8ª rispettivamente 12ª giornata. Come nel primo caso anche in questi la diplopia è stata un fenomeno transitorio, di breve durata nel 3º caso, maggiore nel secondo (8 giorni). Tutte e tre le pazienti vennero dimesse senza che conservassero traccia della complicazione. La diplopia ha probabilmente un'origine tossica, si tratterà di individui con una speciale sensibilità per l'anestetico. In ogni modo è un fenomeno raro in rapporto alla scarsa tossicità della tutocaina e nei nostri casi assolutamente transitorio.

Elencati gli inconvenienti inerenti al metodo mi sembra utile di esporre le cause che ci hanno guidato a una applicazione discretamente estesa e che ci inducono a consigliarne l'impiego.

L'anestesia generale predispone alle complicazioni polmonari negli interventi addominali tanto che è stata abbandonata da moltissimi chirurgi che preferiscono l'anestesia locale. Ora questa, pur rappresentando un progresso notevolissimo presenta alcuni inconvenienti non disprezzabili. Anzitutto fa perdere molto tempo per eseguirla, rende edematosi i tessuti, ne altera l'aspetto anatomico e la resistenza, non dà un rilasciamento completo della parete, dura relativamente poco, predispone alle emorragie secondarie dei piccoli vasi lesi che, cessata l'azione costrittiva dell'adrenalina e paralizzati dall'anestetico diventano sorgenti di ematomi anche notevoli. Nelle laparatomie esplorative, nelle resezioni dello stomaco, negli interventi sulle vie biliari le manovre necessarie si rendono dolorose per lo stiramento inevitabile sui plessi nervosi; con l'anestesia degli splancnici, se si riesce a evitare il dolore restano sempre possibili i riflessi spinali, causa, secondo molti autori di complicazioni postoperatorie. D'altra parte in questi interventi è necessario di adoperare quantità discrete di anestetico che talvolta sono state causa anche di gravi intossicazioni.

Ora la R. A. possiede i pregi dell'anestesia locale senza averne gli inconvenienti. Si può otte-

nere una insensibilità così completa del campo operatorio quale si ha nella narcosi, lo stesso è il grado di rilasciamento delle pareti che permette le manualità più delicate e più complesse. Una delle cause della mancata generalizzazione è stata certamente la tossicità delle sostanze che si dovevano iniettare nel rachide. Oggi, con la tutocaina, abbiamo a disposizione un mezzo non tossico alla dose necessaria per l'anestesia, mezzo che si è dimostrato capace di essere impiegato con sicurezza di risultato senza essere accompagnato da fenomeni inquietanti. La febbre, la cefalea sono disturbi che possono passare in seconda linea di fronte ai pregi della R. A. e gli altri fenomeni consecutivi sono rarissimi e di poca entità e contrapposti ai pericoli dell'anestesia generale e locale non possono fornire argomento valido per rigettare il metodo.

Nell'ultimo Congresso internazionale di Chirurgia il prof. Alessandri ha dimostrato praticamente negli interventi eseguiti che cosa poteva dare la rachianestesia creando così un gran numero di entusiasti ed è da augurarsi che il metodo provato largamente nella Clinica di Roma trovi il suo posto nella pratica corrente del chirurgo.

CLINICA CHIR. GEN. DELLA R. UNIVERSITÀ DI PISA
diretta dal prof. DOMENICO TADDEI.

Luminal - etero - narcosi

(OSSERVAZIONI CLINICHE).

Dott. GIORGIO MILLUL, assistente.

Credo cosa utile riferire con questa mia nota di una particolarità che ho seguito in numerosi casi per agevolare l'anestesia generale, cioè intendo riferire a proposito dell'impiego del luminal come elemento preparatore alla narcosi con etere.

Ho accettato di buon grado l'incarico affidatomi dal mio maestro prof. Taddei di studiare se il preparato in parola non solo può sostituire la morfina, ma anche se esso risponde meglio della stessa morfina per abolire o diminuire l'ansia preoperatoria che esiste in molti operandi e per diminuire la quantità di etere necessaria per la narcosi.

È ben noto che la narcosi riesce più movimentata e richiede una maggiore quantità di anestetico negli operandi in stato emotivo.

Ritengo pure inutile enumerare tutte le sostanze adoperate per eliminare la difficoltà su citata poichè esse o già furono studiate da altri o già sono passate in disuso per i risultati indifferenti ottenuti.

Il luminal è un preparato innocuo e può essere somministrato assai facilmente poichè non è affatto disgustoso, nè richiede per la sua somministrazione degli accorgimenti speciali. Esso chimicamente non è altro che fenil-etil-malonil-urea e si differenzia dal veronal (o dietilmalonilurea) in quanto che uno dei due gruppi etilici propri di tale sostanza è sostituito dal gruppo fenile $C_6 H_5$.

Esso esercita una azione assai simile a quella provocata dalla sostanza ora accennata.

La innocuità del luminal è dimostrata dalle non poche esperienze eseguite dal 1912 ad oggi; esso può essere somministrato sia per la via orale, sia per la via ipodermica. Nelle mie osservazioni ho creduto opportuno somministrare il luminal per via orale ed ho voluto sperimentare prima di ogni altra cosa quale dose era più opportuna per ottenere il miglior risultato e quanto tempo occorreva avanti di osservare gli effetti di essa.

Le mie osservazioni iniziate nel gennaio 1925 sommano a circa 200; non tutti i malati, che in una stessa mattina si operavano furono trattati con il luminal: in alcuni, anche a scopo di confronto immediato (specie se dovevano subire la stessa operazione, ad es. ernia), veniva somministrato il luminal, in altri l'iniezione di morfina.

La somministrazione di luminal fu fatta in operazioni le più svariate: da operazioni di ernia a gravi operazioni sullo stomaco, sull'intestino, sul rene, sulla prostata e sul fegato e quindi di durata e gravità varie.

Nei primi casi ho somministrato dieci centigrammi di tale sostanza circa un'ora avanti dell'intervento ed ho fatto ingerire ai vari pazienti tale dose in circa due dita di acqua: i risultati ottenuti furono diversi a seconda che l'infermo era un adulto o un ragazzo. La dose sopra riferita in ragazzi di 14 o 15 anni è, nella grande maggioranza dei casi, sufficiente per ottenere il risultato voluto. Negli adulti la somministrazione, sempre un'ora avanti dell'intervento, di 20 centigrammi di luminal, disciolto in circa mezzo bicchiere di acqua, determina in alcuni casi, e specie nelle donne, un assopimento assai breve; inoltre osservai che la narcosi rimaneva più semplice non tanto perchè fossero resi meno evidenti l'eccitazione psichica e motoria, ma perchè la quantità di etere necessaria mi parve un po' meno di quella adoperata in altri interventi simili per qualità e durata dopo che era stata somministrata una iniezione di morfina.

Nessuna modificazione potei osservare nel periodo che succede dopo la narcosi poichè in alcuni casi vi fu vomito ed in altri vi fu quel breve periodo di eccitazione motoria che si può osservare avanti che l'infermo si svegli completamente.

In un terzo periodo somministrai ad ogni ope-

rando adulto trenta centigrammi di luminal, in mezzo bicchiere di acqua lievemente riscaldata, un'ora e mezzo avanti dell'operazione e potei così stabilire che procedendo in tale modo avevo la dose adeguata ed il tempo necessario per avere l'effetto completo di tale sostanza.

I risultati che ottenni possono essere così riassunti: una volta somministrato il farmaco dopo circa un'ora si ha un assopimento a cui può tenere dietro un vero sonno per quanto leggero, accompagnato da scarsissime modificazioni a carico dello stato generale. Questo sonno viene facilmente interrotto dai rumori, dal movimento come quando l'infermo dal suo letto viene posto in un lettuccio a ruote e portato nella sala operatoria; potei pure osservare che, anche in seguito a queste indispensabili manovre, l'azione del farmaco continua poichè lo stato di completa tranquillità precedentemente presentato riappare non appena che il paziente viene posto sul tavolo operatorio. Anzi in questi operandi potei osservare come nessun effetto provocassero tutte le manovre necessarie (legatura, pulizia, ecc.) che vengono compiute avanti di ogni intervento e che senza alcun movimento di ripulsione essi respirano tranquillamente anche quando viene avvicinata al loro viso la maschera in cui è stata versata la quantità di etere necessaria, per iniziare la narcosi.

Avanti di descrivere le differenze da me notate nelle non poche narcosi eseguite in soggetti a cui avevo somministrato il luminal, credo utile riportare le modificazioni osservate durante il periodo di attesa in tali casi: ho potuto pertanto rilevare come dopo circa un'ora si abbia una modica (ed in taluni casi appena apprezzabile) iperemia delle guancie; come il polso si faccia di poco più frequente rispetto al numero delle pulsazioni precedentemente contate; nessuna modificazione ho osservato a carico della respirazione. Non ho mai mancato di esaminare in ogni caso, prima e dopo la somministrazione del farmaco, le urine e mai ho potuto osservare alcuna modificazione nè con l'esame chimico, nè con l'esame microscopico.

La narcosi, potrei dire in ogni caso, si è sempre presentata in modo uguale e mai ho potuto rilevare dei caratteri speciali oltre a quelli che ora riporta; in ogni narcosi io ho tenuto il seguente procedimento: ho iniziato la narcosi stessa con dosi minime di etere e mai ho creduto opportuno di applicare rapidamente e completamente la maschera sul viso dell'infermo.

Seguendo questo particolare ho sempre notato che si evita in modo completo il senso di ansia o di soffocazione che, se si procede diversamente, si ha ed infine così procedendo si fa in modo che i movimenti della respirazione non vengono per nulla modificati. La narcosi procede come di solito regolarmente; non abbiamo mai avuto da rilevare in alcuno di questi operati il più piccolo incidente.

Terminata la narcosi ho rilevato, in ogni caso in cui ho somministrato il luminal, come difficilmente si presentasse il vomito e pure ho osservato come per circa due o tre ore rimanesse uno stato di assopimento utile sia per il riposo sia per la diminuzione dei dolori post-operatori.

Da quanto ho potuto osservare posso dire che la luminal-eteronarcosi non solo diminuisce od abolisce l'ansia preoperatoria, ma anche permette di compiere la narcosi con una quantità minima di anestetico.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE MELLINI - CHIARI.

Intossicazione nicotinica e disturbi gastro-intestinali

per il dott. prof. SILVIO CORINALDESI, medico prim.

Prescindendo dai vari disturbi funzionali e dalle molteplici alterazioni anatomo-patologiche che può dare l'avvelenamento da nicotina in tutti gli organi e tessuti del corpo umano, cosa questa ben conosciuta fin da lungo tempo, escludendo di parlare dei veri e propri avvelenamenti dati dalla nicotina specialmente negli individui con funzioni gastro-intestinali non regolari, intendo con questa mia nota, richiamare l'attenzione dei colleghi sull'influenza del fumo sulla digestione e sui frequenti disturbi gastro-intestinali che possono aversi in individui intossicati da nicotina e da me riscontrati numerose volte in questa zona della provincia di Brescia, ove è molto diffuso, oltrechè il fumare, anche il masticare tabacco (ciccare). Ed anzitutto mi piace confessare di essere un modico fumatore di sigarette (6-8 al giorno) con bocchino, senza aspirazione, dopo i pasti e non mai a digiuno o a stomaco vuoto e ricordare come da molti individui anche medici sia ritenuta a torto vantaggiosa l'influenza del fumo sulle funzioni gastro-intestinali, attribuendo anche un certo valore al fumo mattutino di un sigaro o di una sigaretta.

Indipendentemente dal fatto che questa teoria rappresenta una buona scusa per molti di cominciare già di buon mattino a fumare, si dimentica spesso e volentieri il danno che la nicotina può esercitare anche sugli organi della digestione e qualche collega stesso fumando sigari o sigarette o la pipa, la simpatica ed indivisibile compagna dei nostri studi anatomici e dei nostri

fuggevoli momenti di riposo, non vuol persuadersi di questo danno finchè non ne sente le conseguenze sul proprio organismo.

In generale si ritiene che la nicotina non sia poi tanto pericolosa perchè si vedono individui forti fumatori vivere lungamente senza alcun disturbo; ma si dimentica che la suscettibilità verso la nicotina è diversa in ogni persona come si osserva anche nel caso di altri veleni (alcool) e dei vari stupefacenti. Ed appunto la maggior parte di quelli che fumano poco, lo fanno perchè non lo sopportano ed anzi talvolta tale intolleranza, secondo Rondani, può servire da indice rivelatore iniziale di uno squilibrio tiroideo.

E siccome la nostra costituzione risulta dal complesso delle diverse costituzioni dei singoli organi e sistemi, così l'azione della nicotina deve essere molto diversa nei singoli organi a seconda della suscettibilità degli uni o degli altri.

Bisogna pertanto tener presente che la nicotina è uno dei più forti veleni, come viene dimostrato anche dal fatto che una sanguisuga applicata ad un ostinato fumatore, cade contorcendosi in crampi e per lo più muore, e che tutti i fumatori ed in modo maggiore i masticatori di tabacco assorbono nicotina.

Così lo Straube ha notato che l'uomo dopo aver fumato un solo sigaro, che ordinariamente pesa 6 gr. e contiene gr. 0.30 di nicotina, elimina con le orine durante 8 ore una discreta quantità di nicotina.

Se questi sigari (1-2) vengono mangiati, cioè inghiottiti, l'individuo facilmente morirà.

Ricordo di aver assistito durante la guerra a due necroscopie di soldati morti per intossicazione nicotinica acuta. Essi per ottenere un certo periodo di riposo ed allontanarsi dalla prima linea, avevano inghiottito pezzi di sigaro che vennero ritrovati macerati nello stomaco, la cui mucosa presentava sparse anche numerose ecchimosi. E di frequente capita di leggere sui giornali quotidiani casi di morte di individui che hanno mangiato sigari per suicidio o per sciocche e stupide scommesse.

Il tabacco però non contiene solo nicotina: esso contiene altre sostanze tossiche quali le basi piridiche, la nicotinina, ma secondo Meyer pare che le materie velenose, oltre la nicotina siano trascurabili e non così nocive come la nicotina.

Nel fumare ha grande importanza la tecnica (con o senza aspirazione, con o senza bocchino) e non bisogna dimenticare che una quantità di nicotina non indifferente si raccoglie nei mozziconi e chi fuma i mozziconi riceve una quantità maggiore di nicotina.

Se poi si aggiunge il fatto di aspirare il fumo nei bronchi e inghiottirlo, si può ben pensare che in tal modo aumenta il pericolo di avvelenamento e che ingoiando il fumo, può venire notevolmente danneggiata la mucosa dello stomaco.

E che i nostri organi digestivi possono venire alterati, risulta già dal fatto che la nicotina danneggia in modo particolare i gangli simpatici e quindi il campo dei nervi che domina i nostri organi digestivi.

Dato quindi che la nicotina ha una gran parte nell'etiologia dei disturbi gastrici, è consigliabile di chiedere sempre al malato se sia o no fumatore o masticatore di tabacco.

Mali causati ai nostri organi digestivi dalla nicotina possono estendersi a tutto il tubo digerente, dalla bocca allo sfintere anale.

E così tutti sanno come siano frequenti le forme infiammatorie croniche a carico della mucosa orale e della lingua (scialorree - cancro dei fumatori - tonsilliti e faringiti).

Ma le più frequenti sono le alterazioni secretive della mucosa dello stomaco; in generale avviene un aumento di secrezione (ipercloridria in primo tempo) con abbondante produzione di muco ed anacidità in periodo tardivo (gastrite cronica). L'abuso continuato e la masticazione del tabacco conducono ad un esaurimento completo della secrezione come potè stabilire l'Agéron in marinai ciccatori.

All'infiammazione della mucosa dello stomaco prodotta dai veleni del fumo o del « ciccare » si aggiunge l'intossicazione del sistema nervoso, così importante nelle funzioni digestive, con una diminuzione della peristalsi dello stomaco.

I disturbi della digestione dovuti a nicotinismo cronico furono studiati specialmente da Crämer. Su 450 casi raccolti, in 79 osservò ipercloridria, in 88 insufficienza motoria, in 29 gastriti acide, in 222 gastralgie, in 19 ipocloridria.

In generale pare però constatato che il nicotinismo cronico dia in prevalenza ipercloridria, gastralgie, irregolare defecazione.

Molto importanti per la loro frequenza ed intensità sono i dolori di stomaco a tipo gastralgico da me frequentemente osservati in forti fumatori e masticatori di tabacco.

Spesso i dolori si irradiano al dorso a tipo crampiforme e, fumando a stomaco vuoto, raggiungono un'intensità più elevata, tanto da dare una sintomatologia di ulcera gastrica e forse anche talora operati come tali.

Ortner cita il caso di una signora forte fumatrice di sigarette egiziane, nella quale l'avvelenamento si manifestò con i più violenti dolori spasmodici all'epigastrio che si irradiavano alle due mammelle e al dorso, con vomito, diarrea e tenesmo rettale.

Qualche volta il complesso sintomatico duode-

nale può venir provocato da abuso di nicotina, cioè possono nascere stati tali dal troppo fumare da confondersi per le loro apparenze coll'ulcus duodeni. Si comprende quindi quanto cauti si debba essere nel decidere sull'opportunità o meno di un intervento chirurgico!

Talora del resto si può arrivare per intossicazione cronica di nicotina, ad ecchimosi ed erosioni della mucosa dello stomaco e del duodeno, ed allora si affaccia l'ipotesi che la nicotina possa portare alla formazione di ulceri. E non mancano esperienze in proposito. Così Graziani sui conigli ottenne lungo la grande curvatura dello stomaco effusioni sanguigne da erosioni e Bergmann ritiene che attraverso alla lesione del sistema nervoso vegetativo e vascolare, frequente ad aversi nell'intossicazione cronica da nicotina, si possa giungere fino all'ulcera gastrica e duodenale.

Tedeschi ha pubblicato 2 casi di individui fortemente fumatori con reperto radiologico positivo e con sintomatologia evidente di ulcera duodenale.

Tale A. pur ritenendo che l'intossicazione tabagica possa da sola, benchè raramente, figurare nell'eziologia dell'ulcera duodenale, crede che abitualmente altri fattori individuali od ambientali concorrano assieme al tabagismo a provocare la lesione ed abbastanza frequentemente si possa mettere in evidenza una concomitanza eziologica di tabagismo e sifilide.

Se però veri casi di ulcera gastrica e duodenale con lesione anatomica e reperto radiologico sono piuttosto rari, invece frequenti sono i casi con evidente sintomatologia dell'ulcera gastrica e duodenale e frequentissime le epigastralgie fortemente dolorose.

Ed appunto piacemi voler, tra gli altri, render noto il seguente caso capitato alla mia osservazione:

M. U., d'anni 34, di Pordenone, farmacista.

Nessun precedente importante sia ereditario che personale.

Allattato artificialmente, tranne di una gastroenterite all'età di 4 anni e della quale guarì in circa tre mesi, non ha sofferto di altre forme morbose.

Ha fatto il servizio militare durante la guerra come ufficiale, stando sempre bene fino al novembre 1918 allorchè soffrì d'influenza di cui guarì in breve tempo.

Non ha mai contratto malattie veneree; discreto bevitore e mangiatore è stato sempre un fortissimo fumatore.

Dall'età di 13 anni mentre era in collegio, ha incominciato a fumare (3-4 sigarette al giorno); iniziata l'Università il numero delle sigarette fu portato progressivamente ad una media giornaliera di 18-20; durante la guerra anche fino a 100 e nel dopoguerra ad una media di 50-60.

Tali sigarette (Macedonia) venivano fumate senza bocchino, con aspirazione, tanto al mattino a digiuno, come dopo i pasti ed anche alla sera a letto prima di prender sonno. Il paziente era appunto uno di quei tali che al mattino, appena desto, sentiva il bisogno di fumare una sigaretta e di ingerire un bicchiere di acqua per avere il beneficio intestinale, che altrimenti, secondo lui, sarebbe mancato.

In generale l'appetito discreto, l'alvo e le minzioni regolari.

Da circa 2 anni incominciò ad avvertire qualche eruttazione acida ed un dolore crampiforme iniziantesi all'epigastrio ed irradiantesi a cintura fino al dorso, senza alcun rapporto con la qualità del cibo, ma generalmente 2-3 ore circa dopo il pasto e specialmente di notte.

Tale dolore attribuito dal malato allo sforzo che spesso faceva per scrivere al tavolo, era lasciato ordinariamente a sè ed era attenuato con l'ingestione di qualche cucchiaino di magnesia bisurata e con la compressione.

Verso la metà di luglio del 1925 in seguito ad una indigestione, prese di propria iniziativa un purgante salino senza alcun effetto; dopo qualche ora il dolore che abitualmente aveva all'epigastrio divenne intenso e spasimante, nè si riuscì a calmare con l'ingestione di alcune goccie di tintura d'oppio e qualche cucchiaio di magnesia.

Un sanitario chiamato d'urgenza, praticò una iniezione di pantopon e fece applicare una vescica d'acqua calda all'epigastrio; dopo circa tre ore i dolori erano calmati e l'ammalato poteva prendere un po' di sonno. Al mattino seguente i dolori, se non del tutto scomparsi, erano abbastanza diminuiti nella loro intensità, però il medico notò un notevole meteorismo e stato di difesa dei muscoli addominali (peritonismo). L'alvo era chiuso da 3 giorni e da 16 ore non si aveva più neanche emissione di gas, onde la sera del 18 luglio fu trasportato d'urgenza all'ospedale con la probabilità di un sollecito intervento chirurgico, tanto più che anche una sonda anale tenuta per qualche ora non aveva dato alcun risultato. La temperatura ascellare segnava 37°3. Non si aveva avuto vomito, nè singhiozzo, ma i dolori divenuti più violenti, richiesero ancora iniezioni di preparati oppiacei e fu nuovamente tentata la sonda anale a permanenza.

Durante la notte si ebbe una notevole emissione di gas ed anche una piccola scarica di feci nerastre e a pallottola.

Il malato si sentì subito sollevato e lo fu ancor più quando, dopo qualche ora, praticato un clistere di acqua e glicerina, si ebbe un'abbondante scarica. Anche la temperatura che al mattino era di 38° si abbassava a 37°3 ed il malato nel pomeriggio ebbe la sensazione di essere guarito avvertendo anche senso di fame.

Però il medico curante ritenne opportuna ancora la dieta liquida e l'immobilità e il 24 luglio fu praticato l'esame radioscopico che qui riporto:

Ore 12: stomaco ipertonico, forma, sede, limiti regolari, pareti mobili, peristalsi vivace.

Ore 15: stomaco vuoto.

La mattina del 25 luglio persistendo lo stato di miglioramento, il malato veniva dimesso dall'ospedale.

Durante la malattia e finchè fu a domicilio continuò a fumare 6-8 sigarette al giorno; ma, uscito dall'ospedale, il p. s'accorse che non fumava più con voluttà come prima perchè avvertiva un senso di lieve nausea.

E così per una ventina di giorni il p. è stato

discretamente, avvertendo di tanto in tanto, ma un po' più tenui, i soliti dolori epigastrici che a poco a poco si ripresentavano più insistenti e generalmente nel pomeriggio due o tre ore dopo il pasto per cui il malato si era ridotto a non più mangiare deperendo progressivamente di giorno in giorno.

Continuando tale stato ed avendo io terminato la mia assenza dall'ospedale, il malato venne la prima volta a consultarmi al mio ambulatorio il 16 novembre 1925.

Segnalando solo i dati positivi rilevai: ipersensibilità epigastrica alla pressione, cuore lievemente ingrossato con qualche aritmia e qualche ineguaglianza, tremore delle dita continuo e a piccole scosse, urine normali.

In base a tali fatti e all'anamnesi da me già descritta e diligentemente raccolta pensai di trovarmi dinanzi ad un caso interessante di intossicazione cronica nicotinica e oltre ad una dieta opportuna, consigliai l'abolizione completa del fumo.

Rividi il p. dopo pochi giorni; i dolori, dapprima attenuati, erano poi completamente scomparsi; era ritornato l'appetito, l'alvo regolare e in 15 giorni il malato era aumentato di 4 kg. di peso.

E per non più fumare il p. teneva in bocca quei boli di gomma zuccherati che si masticano continuamente, ma non si riesce mai ad inghiottire.

Dopo circa tre mesi il p. attratto ancora dal senso del piacere nostalgico di qualche sigaretta, riprese a fumare dapprima moderatamente (2-4 al giorno), poi incoraggiato dal suo benessere un po' di più (10-12); tornando però a far capolino i soliti dolori all'epigastrio, si convinse di smettere di fumare.

Oltre ai disturbi gastro-intestinali da me accennati, frequentissimi sono anche i disturbi funzionali dell'intestino con continue diarree e talora con alternative di stitichezza. E così ricordo un caso di diarrea ostinata osservata qualche anno fa in un signore. Si trattava di un individuo dell'età di circa 40 anni, fumatore da parecchi anni di sigari alla paglia (5-6 al giorno).

Nessun precedente anamnestico importante sia personale che ereditario.

Da circa un anno, senza cause evidenti, cominciò ad avere qualche scarica intestinale più frequente (3-4 al dì) con lievi dolori viscerali.

Tale disturbo si verificava quasi sempre durante il pasto o appena finito di mangiare, talchè il malato non si azzardava più neanche di accettare un invito a pranzo, perchè molte volte, così mi riferiva, era costretto ad abbandonare improvvisamente e precipitosamente i commensali per correre al gabinetto e per emettere piccole quantità di materie fecali liquide.

Visitato da vari medici e ritenuto affetto da malattia intestinale cronica, fu sottoposto a rigoroso regime latteo-vegetariano e curato per qualche mese con sostanze astringenti le quali riuscivano talora a diradare le scariche che ritornavano abbondanti non appena il medicamento era abbandonato.

Notevolmente deperito, stanco e sfiduciato, ossessionato di essere affetto da una forma incurabile di enterocolite, ed invaso da una intensa nevrastenia, cercava di scacciare i cattivi pensieri che lo tormentavano, fumando ancora qualche sigaro in più degli abituali. Venuto un giorno a consultarmi, in base all'anamnesi e ai fatti obbiettivi riscontrati, specialmente colpito da un tremore a piccole scosse delle dita delle mani e dal racconto di qualche attacco larvato di angina pectoris specialmente notturno, consigliai il malato a smettere subito di fumare ed abbandonare tutte le altre cure medicamentose.

Nello stesso tempo l'assicurai che sarebbe guarito se avesse seguito rigorosamente i miei consigli e il sistema di cura da me suggerito.

E difatti dopo pochi giorni le scariche intestinali si fecero più rare, l'appetito cominciò a farsi sentire un po' di più ed aiutato da una buona cura ricostituente ipodermica, in circa due mesi l'alvo era ritornato regolare, i disturbi nervosi si erano calmati, ed il malato completamente risanato poteva assidersi tranquillamente ai banchetti a cui, invitato, non più rinunziava.

Sono ormai passati quattro anni dalla mia osservazione, nè più ho saputo nulla di tale malato.

Ad ogni modo anche in questo caso il rapporto tra intossicazione nicotinica e disturbi intestinali mi sembra chiaro e confermato dal successo ottenuto soltanto con lo smettere di fumare.

Esposti così i vari disturbi gastro-intestinali provocati dall'avvelenamento cronico nicotinico, è inutile aggiungere che non tutti i fumatori vanno ad essi soggetti; per lo più l'uso moderato del tabacco è inoffensivo; in molti l'assuefazione è rapida e completa; in alcuni, per una predisposizione particolare, l'intolleranza è primitiva ed assoluta (idiosincrasia); in altri che avevano potuto fumare impunemente, si stabilisce ad un tratto un'intolleranza secondaria.

Rammenterò infine che causa dell'intossicazione nicotinica non è solo il fumare ma anche forse più il masticare tabacco e un po' più raramente anche il fiutarlo.

La *diagnosi* oltre che sull'anamnesi potrà essere basata anche su qualcuno degli altri segni del nicotinismo, quali la stanchezza dolorosa degli arti inferiori, il tremore, il meteorismo, le palpitazioni ed aritmie cardiache, la neurite retrobulbare, il restringimento del campo visuale per il verde e per il rosso, il dolor di capo, le vertigini, ecc.

La *prognosi* sui disturbi gastro-intestinali generati o peggiorati dalla nicotina è generalmente

favorevole, ma non al punto da credere che cessando di fumare o di masticare tabacco, intervenga sempre e subito un miglioramento o i disturbi scompaiano immediatamente.

E ciò perchè essi talora non sono soltanto funzionali, ma dipendenti da alterazioni e lesioni di natura organica.

Riguardo alla *cura* bisogna tener presente che gli individui intossicati da nicotina sono in generale in uno stato di abulia onde restano più o meno indifferenti alle raccomandazioni del medico e, abbandonati a se stessi, sono assolutamente incapaci di cessare l'uso del tabacco; continueranno o riprenderanno a fumare o a masticare tabacco molto o poco, ed ogni tanto torneranno a farsi visitare (stazionari od aggravati).

Ad ogni modo dal ripetersi o dall'aggravarsi dei loro disturbi, i malati potranno convincersi che la nicotina è un veleno molto dannoso per il loro organismo e quando essi potranno essere sottoposti ad un rigoroso regime di astensione e ad una cura metodica, la prognosi è quasi sempre favorevole.

BIBLIOGRAFIA.

BERGMANN. Münch. med. Woch., 1913.
CRAEMER. Ibid., 1925.
GRAZIANI. Rif. Med., 1893.
ORTNER. *Sint. Malat. int.*, Vallardi, 1923.
RONDANI. Terapia, 1925.
RUATA. *Atti Soc. med.-chirurg. di Padova*, 1925.
TEDESCHI. Il Lavoro, 1924.

COMMENTI.

La lotta antimalarica a Fiumicino.

Riceviamo:

Roma, 30 settembre 1926.

Illustre Professore,

Non posso lasciare senza rettifica e senza commenti la nota apparsa nella rubrica « Notizie diverse » del *Policlinico*. Sezione pratica (N. 38 del 20 settembre): *La malaria scomparsa a Fiumicino.*

Rettifica: perchè l'espressione: « che la lotta antimalarica intrapresa dal compianto prof. Battista Grassi... è stata *ripresa* dalla Stazione sperimentale Rockefeller » è *impropria*: farebbe pensare ad una azione iniziata poi *sospesa* o *interrotta* per essere ripresa. La campagna antimalarica iniziata a Fiumicino nel 1918 dal compianto prof. Grassi è stata, in modo costante, condotta da lui e poi, alla sua morte, dallo scrivente e con lo stesso indirizzo fino al gennaio 1926, epoca in cui si sostituì la succitata stazione sperimentale sia pure con un altro metodo fondamentale di lotta.

Così pure ritengo sieno necessari dei commenti: non Le sembra prematuro di parlare di scomparsa della malaria in una zona dopo pochi mesi di campagna e per di più enunciare tale assicurazione alla metà del mese di settembre quando cioè l'endemia stagionale non è ancora esaurita?

Sono poi solo quattro i casi di primitiva riscontrati fino alla metà di settembre?

In una nota comparsa nel maggio 1926, nella quale criticavo le direttive del nuovo Ente antimalarico, che aveva assunto la campagna antimalarica a Fiumicino, faceva notare che il ridotto servizio di bonifica umana e quindi di ricerca dei malarici avrebbe portato, come conseguenza, che non tutti i casi d'infezione palustre che si fossero verificati sarebbero caduti nella rete della statistica.

E poi desidererei sapere se tra le primitive scoperte o da scoprire in questo anno vi siano state delle forme da *plasmodium falciparum* o *precox*, perchè se esistessero ancora forme di terzana maligna sia pure in numero limitato non credo che potrebbe considerarsi la malaria *praticamente* scomparsa a Fiumicino.

Infine è ormai noto dalle prime notizie avute che l'anno 1926 si è appalesato un anno benigno per la malaria in quasi tutto il territorio Nazionale. D'altra parte la malaria a Fiumicino, come può desumersi dalle statistiche dettagliate pubblicate e riguardanti il periodo 1918-1925, era in notevole diminuzione e ritengo fermamente che dalla lotta esperita con tenacia da Battista Grassi e dal suo personale se ne possa ora risentirne i vantaggi, ma... « sic vos non vobis mellificatis apes... ».

Mi scusi il disturbo e mi creda, con rispettosi ossequi

Suo dev.mo: Dott. GUIDO BINI
già coadiutore di Battista Grassi a Fiumicino.

La notizia cui si riferisce questo commento venne rilevata da un nostro redattore durante una ispezione a Fiumicino.

Data la mitezza dell'epidemia malarica in quest'anno, non si legittimano ancora conclusioni definitive.

Sappiamo che viene preparata una relazione la quale esporrà l'andamento della campagna di Fiumicino e documenterà i risultati conseguiti; giova attendere che essa sia resa nota, per una discussione proficua e obbiettiva.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

La rachicentesi e la sindrome umorale nei tumori encefalici.

(G. AYALA e D. PISANI. *Rivista sperimentale di freniatria*, vol. L, fasc. I-II, 1926).

La diagnosi di tumore cerebrale, specialmente all'inizio, rimane uno dei compiti più difficili della neurologia ancora non molto facilitato, come si sperava, nè dai moderni metodi radiodiagnostici nè dall'esame del liquido c. r. Nei trattati più recenti di neuropatologia e nei manuali speciali sul liquor, da quello di Mestrezat a quelli più recenti di Levinson, di Plant-Rehm e Schottmüller, di Kafka, di Pappenheim, ecc., si trovano dati insufficienti che non soddisfano le esigenze di chi voglia risolvere l'alternativa assillante fra l'ipotesi di un tumore cerebrale o di un'altra affezione nervosa o generale con sindrome pseudotumorale.

Colla presente monografia Ayala e Pisani hanno trattato l'argomento nel modo più completo possibile dai vari punti di vista pratici e teorici.

Dalla loro esperienza, basata sulla osservazione del ricco materiale clinico della Clinica Neuropsichiatrica di Roma, anzitutto hanno tratta la convinzione che non è giustificata la poca fiducia riposta da alcuni nell'esame del liquor per la diagnosi di tumor cerebri; anzi hanno potuto convincersi che da una puntura subaracnoidale praticata secondo certe norme e dalla determinazione delle proprietà fisiche, chimiche, fisicochimiche e citologico del liquor, si possono trarre non solo criteri di valore clinico pari a quello della cefalea, della papilla da stasi, del vomito, del reperto radiografico, ecc., ma criteri probativi di un valore più preciso e più specifico e financo, sia pure eccezionalmente, la prova sicura della natura neoplastica (o parassitaria) della encefalopatia da diagnosticare.

Prima di procedere all'esame delle modificazioni umorali vengono presi in considerazione la opportunità e la indicazione, i pericoli e gli inconvenienti della P. L. nei casi di tumori cerebrali. Su questo argomento, già trattato dallo Ayala in modo speciale in un precedente lavoro (*Ztsch. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, Bd. 98), si può dire che gli innegabili inconvenienti post-puntori (cefalea, vomito, vertigine, lipotimia, morte) eccezionalmente sono fatali e per lo più possono essere evitati. Essi dipendono dalla scarsità di liquido preesistente alla puntura nel cavum subarachnoidale maggiormente ridotta dalla sottrazione di quantità relativamente grande e dalla fuoriuscita successiva di altro liquor dalla ferita lasciata dall'ago nel sacco meningeo. L'esperienza induce a ritenere che nei casi di tumori cerebrali non esiste una vera controindicazione della rachicentesi, ma il dovere rigoroso di vagliare caso per caso l'opportunità di eseguirla e di non trascurare alcuno degli accorgimenti tecnici e nessuna misura profilattica e curativa, che l'esperienza suggerisce come i più opportuni a prevenire i disturbi e gli esiti infausti postpuntori. Dei mezzi profilattici qui ricorderemo solo il più importante, che è quello di non lasciar abbassare la pressione iniziale più del 40 % (misurare con manometro), o di ricondurla, eventualmente, a un livello pressochè normale iniettando nel *cavum subarachnoidale* soluzione fisiologica sterile qualora si fosse troppo lasciata abbassare sottraendo una quantità relativamente grande di liquor. Una simile iniezione rachidiana di soluzione fisiologica si è dimostrata anche utile per curare i fenomeni gravi postpuntori già in atto.

Da una rapida rassegna della letteratura sulle modificazioni umorali nei tumori cerebrali risulta che solamente pochi (Lange, Moersch, Mouriz, Spurling e Maddock) si sono occupati in modo speciale da un punto di vista generale dell'argomento, che alcuni (Agosta, Goerisch) ne hanno parlato occasionalmente, trattando del liquor in un certo gruppo di malattie mentre altri (Long, Christiansen, Pisani, De Sanctis, Guillain, Laroche e Lechelle, Ayala) si sono interessati specialmente dell'una o dell'altra proprietà del liquor subaracnoidale.

In generale i dati della letteratura sulla modificazione umorale non sono messi in correlazione con il reperto anatomopatologico; anzi alcuni autori di quest'ultimo non fanno alcuna menzione o chiaramente dichiarano che solo alcuni dei loro casi, dei quali avevano esaminato il liquor, erano stati controllati all'*exstispicium*, senza per altro, precisare la sede e la natura del tumore.

Nel presente lavoro sono presi in considerazione i reperti umorali e anatomo patologici di 60 casi di tumori cerebrali *latiore sensu* e precisamente: 42 casi di blastomi, 9 di granulomi, 5 di parassiti e 4 ascessi.

Dai suddetti reperti umorali e dalle considerazioni svolte, Ayala e Pisani sono venuti nella conclusione che nel liquor subarachnoidale (spinale) nei casi di tumore cerebrale si possono riscontrare le seguenti modificazioni:

1) quasi costantemente modificazioni della pressione consistenti:

a) in un aumento accentuato e, a volte, notevolissimo della pressione iniziale;

b) in una scarsa entità o mancanza delle oscillazioni respiratorie e delle modificazioni di

essa pressione normalmente provocabili con manovre tendenti ad ostacolare il deflusso venoso dall'encefalo;

c) in una scarsità del volume del liquido estraibile per riportare la pressione ad un livello pressochè normale;

d) in una frequentissima mancanza delle oscillazioni e modificazioni degli atti respiratori e colle manovre suddette;

e) in un *quoziente rachidiano* dell'Ayala inferiore a 5.5 (nell'80 % circa dei casi) e superiore a tale cifra nei casi con idrocefalo ostruttivo.

2) aspetto, in generale, limpido, incolore, xantocromico, in circa il 10 % dei casi:

a) lieve aumento del tasso delle sostanze riducenti (frequente);

b) lieve iperalbuminosi (nel 60 % dei casi) raramente superiore all'1 0/00;

c) iperglobulinosi nel 45 % dei casi, ma raramente positività della reazione di Weichbrodt;

d) positività (nel 55 % dei casi) delle reazioni colloidali, in generale, poco intensa col massimo di precipitazione nelle diluizioni medie;

e) lieve linfocitosi nel 30 % circa dei casi, accompagnata molto raramente da qualche polimorfo-nucleato, ed eccezionalmente da cellule speciali o da elementi neoplastici;

f) dissociazione proteino-citologica frequente, e, a volte, dissociazione proteino-colloidale;

g) reazione di Wassermann negativa.

Quando si praticano più di una rachicentesi, nelle successive le modificazioni chimiche e citologiche sono nello stesso senso che nella prima; invece la ipertensione rachidiana si presenta sempre più elevata se l'intervallo fra le due rachicentesi è stato di circa 15 giorni, più bassa se l'intervallo è stato di soli 2-3 giorni.

Nel liquido ventricolare si trovano modificazioni umorali nello stesso senso, però d'intensità, minore che nel liquido subaracnoidale, a meno che il tumore non abbia interessato l'ependima e le formazioni coroidee. Solamente le sostanze riducenti sembra siano anche nei tumori cerebrali, contenute in una percentuale maggiore che nel liquido subaracnoidale. Dai dati dei pochi autori (Spurling e Maddock), che si sono occupati del liquido ventricolare nelle affezioni morbose in parola, e dalla personale esperienza appare chiara l'utilità teorica e pratica di eseguire esami comparativi e simultanei, non solo delle porzioni del liquido subaracnoidale estratto dalla *cisterna terminalis* e dalla *cisterna magna*, bensì di esso e del liquido ventricolare.

La importanza diagnostica dello studio metodico della pressione rachidiana nei casi di tumori cerebrali viene dimostrata anzitutto dal fatto che le alterazioni di essa sono il sintomo più costante e meglio caratterizzato di tutta la fenomenologia generale e focale delle malattie in questione.

Ai fini della diagnosi dopo la pressione e rispettivamente dopo il *quoziente rachidiano* meritano essere tenute presenti le dissociazioni albumino-citologiche e albumino-colloidali.

Non sempre è possibile fare una diagnosi differenziale fra la sindrome umorale da tumore cerebrale da quelle dovute ad altre forme morbose accompagnate da sintomi di ipertensione endocranica. Così finora non ci è dato, neanche con l'esame del liquor, discriminare il quadro clinico da tumore cerebrale da quello da pseudotumor (Nonne) o da rigonfiamento acuto o cronico cerebrale e da trombosi dei seni. Riesce più facile, invece, differenziare la sindrome umorale da tumore cerebrale da quella delle emorragie cerebrali o meningee e delle meningiti tubercolari incipienti. La maggiore utilità ricavabile dall'esame del liquor si ha nell'epicrisi di quei casi nei quali entrano in discussione le ipotesi di un tumore cerebrale e di una meningite sierosa; forma morbosa non molto infrequente, che spesso è stata non riconosciuta anche da clinici di valore indiscusso. I criteri diagnostici differenziali fra queste due forme morbose sono state esposte ampiamente dallo Ayala in precedenti lavori; nella presente monografia è riportato uno specchietto, dal quale risultano chiari i criteri di diagnosi umorale differenziale fra dette neuropatie.

Allo scopo di cercare dei criteri che facilitino la diagnosi di sede e di natura del tumore cerebrale e che servano a definire, ai fini delle indicazioni curative, l'estensione e la profondità rispetto alla superficie encefalica, nella VII parte del lavoro vengono presi in esame i rapporti, trascurati da tutti i precedenti autori, fra modificazioni umorali e reperti anatomo-patologici. Da questo esame risulta anzitutto che, in generale, nei loro casi di tumori della fossa cranica anteriore il liquor subaracnoidale presentava una pressione iniziale altissima, un quoziente rachidiano basso e spesso la mancanza di modificazioni chimiche, chimico-fisiche e citologiche. Viceversa nei tumori della fossa cranica posteriore tali modificazioni erano quasi costanti e, in ogni modo, più marcate che nei pochi casi di tumori del lobo frontale, nei quali esse furono trovate presenti. A giudicare dalle osservazioni dello Ayala e del Pisani si potrebbe dire che la sindrome umorale del tumore del cervelletto, differisce da quella dei tumori dell'angolo ponto-cerebellare per la dissociazione proteino-citologica, assente, per lo più, nei tumori di questa ultima regione. È appena necessario avvertire che questi criteri differenziali non hanno un valore apodittico, a meno che non vengano confermati da osservazioni su più

vasta scala. In ogni modo c'è un sicuro vantaggio pratico tenendoli presente insieme a tutti gli altri criteri utilizzabili per la diagnosi di sede dei tumori cerebrali. Circa i tumori della fossa cranica media si può dire solamente che le modificazioni umorali erano più gravi e più frequenti quando il tumore invadeva più lobi e le meningi o le pareti ventricolari.

Presa in considerazione la situazione dei tumori rispetto alle meningi e ai ventricoli cerebrali gli AA. hanno potuto constatare che indubbiamente le alterazioni umorali erano più marcate e della massima frequenza (83 %) quando il tumore interessava i plessi coroidei o le pareti ventricolari.

Circa i rapporti fra natura del tumore e sindrome umorale risulta che le alterazioni chimiche e citologiche del liquor erano presenti nel 100 % dei casi dei granulomi, nel 75 % degli ascessi, nel 57 % dei blastomi e nel 25% dei parassiti. Fra i casi di blastomi e quelli di glioma presentavano un liquido patologico in circa la metà di essi, invece tutti quelli di neurinomi (dell'acustico) presentavano alterazioni umorali. Inoltre, mentre nei blastomi le modificazioni chimiche e citologiche nelle successive rachicentesi non presentavano una maggiore gravità parallela al progredire degli altri sintomi, nei granulomi ad ogni nuova P. L. le modificazioni umorali erano più gravi.

Per la diagnosi umorale della cisticercosi cerebrale avrebbero un certo valore, oltre la presenza di cisti o di uncini, molto rara, l'esistenza di cellule eosinofile, di cristalli di Charcot-Leyden e l'assenza, o quanto meno la rarità di altri elementi che non sieno gli eosinofili o i linfociti. Non è sicuro quale valore possa avere per la diagnosi di echinococco cerebrale la reazione di Ghedinis Weimberg.

Negli ascessi cerebrali cronici il liquor subaracnoidale può rimanere normale nella sua costituzione chimico e citologica o presentare solamente ipertensione finchè si svolgono nella profondità del parenchima nervoso. Diviene purulento appena il processo flogistico infetta le leptomeningi e i ventricoli.

Dallo studio del meccanismo fisiopatologico che conduce alle modificazioni fisiche, chimiche, fisico-chimiche e citologiche descritte risulta anzitutto che non vi è corrispondenza esatta fra il grado manometrico della pressione misurata a livello del sacco lombare e il grado della cosidetta ipertensione intracranica. Questa risulta anzitutto dipendente da ostacoli nella circolazione venosa e quindi dalla difficoltà nel deflusso del liquido subaracnoidale causati dall'aumento della massa cerebrale nella cavità cranica inestensibile. Il ristagno negli spazi linfatici encefalomeningei, l'edema consecutivo, la formazione, in alcuni casi, di un idrocefalo interno accrescono il disturbo della dinamica e della statica cerebrale. A produrre le modificazioni chimiche, fisico-chimiche e citologiche del liquor, oltre le suddette condizioni, concorrono la irritazione asettica delle meningi, l'edema cerebrale anche di parti encefaliche distanti dal tumore, l'inquinamento di esso liquor da parte di prodotti del metabolismo del tessuto neoplastico o probabilmente di sostanze tossiche da esso elaborate. Finora, però, nè la chimica, nè la fisico-chimica, nè la citologia, nè l'immunologia forniscono metodi di ricerca capaci di determinare se e in che proporzione in un dato liquor esistono corpi o sostanze oncogene, o se le proteine riscontrabili in maggiore o minore quantità in un liquor siano direttamente ematogene, ovvero derivino dal disfacimento e dalla disintegrazione dei tessuti nervosi invasi dal tumore.

DR.

Diagnosi e cura dei tumori midollari.

(ADSON. *Coll. Papers Mayo Clinic*, 1926).

Il primo paziente di tumore del midollo, operato con successo, era un uomo di 42 anni, che per 3 anni aveva avuto dolori intercostali. Fu operato da Horsley. Poi sopravvenne paraplegia, paralisi del retto e vescica. L'operazione fu fatta nel 1887; si trovò un fibromixoma a livello della 3ª-4ª V. D.

Su 35,000 necroscopie Schlesinger trova 135 tumori midollari (0.38 % delle autopsie; 2.06 % dei tumori trovati).

Frazier (1918) raccoglie 330 operazioni (152 tumori delle meningi, 58 di origine vertebrale, 36 intramidollari, 30 della cauda, 54 di origine non bene stabilita).

Elsberg (1920) riferisce su 105 laminectomie: furono trovati tumori 67 volte (75 % extramidollari, 25 % intramidollari).

Sargent (1920) riferisce su un gruppo di 27 casi. La serie della Mayo Clinic comprende 200 laminectomie per 189 casi. Nel 13.7 % si trattava di tumori extradurali; 32.8 % erano meningei e intradurali; 25.4 % erano intramidollari. Fra i dati etiologici abbiamo la maggior frequenza di questi tumori dalla 3ª alla 5ª decade; una qualche importanza avrebbero i traumi (osteomi, fibrocondromi, metastasi).

I tumori sorgenti da corpi vertebrali sono di solito metastatici; quelli delle lamine e apofisi trasverse sono più spesso osteomi o osteosarcomi; quelli dei legamenti o dischi fibromi, fibrosarco-

mi, fibrocondromi. Tumori extradurali possono sorgere dalla superficie esterna della dura; lipomi venire dal grasso extradurale, neurofibromi dai nervi spinali.

In un altro articolo l'A. si è occupato dei neurofibromi dei nervi spinali, che sono tumori claviformi, parzialmente situati nel canale vertebrale; parte possono erodere le vertebre, in alcuni casi estendersi nei muscoli, ed esercitare compressioni sul midollo, cagionando fatti di paralisi.

Tumori sottodurali, ma extramidollari, possono sorgere dalla dura, aracnoide, pia, radici spinali, vasi sanguigni. Di solito benigni, incapsulati, sono fibromi, endoteliomi, mixomi, psammoni, neurofibromi, angiomi; talora sono maligni.

Tumori intramidollari sono di solito di origine gliale, e inestirpabili. Occasionalmente si trova un tubercoloma, una gomma, una cisti di echinococco.

L'A. ha osservato anche tumori cerebellari estesi traverso il forame magno e esercitanti compressioni sul midollo.

Osteiti ipertrofiche possono comprimere il midollo.

Tumori benigni possono non dare sintomi o sintomi lievi per anni, altri dare paralisi completa entro 2-6 mesi.

In casi di compressioni midollari che riducono il calibro del midollo da 1/3 a 1/2, e danno paralisi completa, può aversi guarigione con l'asportazione del tumore: ciò dipende però dalla durata della compressione.

Sintomi: tre periodi secondo Frazier:

1° periodo, o radicalorare, di solito il più lungo, può simulare reumatismo, neuriti, lesioni addominali, ecc. Oltre i dolori possono aversi parestesie, iper- o ipoestesie, anestesie, tremori, spasmi, atrofia, paresi, disturbi retto-vescicali.

Nei tumori sottodurali, ma estramidollari, il dolore si esagera col parlare, sternutare, piegarsi, coricarsi (trazione sul tumore e radici da parte del liquor spinto con forza). Il dolore può esistere come solo sintoma, o quasi, per anni.

2° periodo, o della sindrome di Brown-Séquard (paralisi di moto e del senso profondo dal lato del tumore, analgesia e termoanestesia dal lato opposto).

3° periodo: delle paresi o paralisi. Difficile è differenziare i vari tipi di tumore. I tumori extramidollari sono più spesso associati a dolori; l'aumento di questo con lo sternuto e tosse (ball-valve sindrome) parla per un tumore extramidollare, come pure il tardivo comparire di disturbi retto vescicali e la sindrome di Brown-Séquard. La differenza tra tumori extra e intramidollari è molto importante a stabilire dato che questi ultimi sono, si può dire, inoperabili.

Anche il lipiodol può essere utile in questa differenziazione.

Dei 189 pazienti 107 erano uomini, 82 donne; il più vecchio aveva 65 anni, il più giovane 12; la media 33 anni.

In 9 pazienti l'operazione fu eseguita in due tempi; in 1 in tre tempi (estensione della lesione).

In 35 pazienti non si trovò tumore, ma lesioni di meningomielite cronica.

La puntura lombare fu eseguita in 151 casi. In 12 casi non venne liquor (presenza del tumore in sito o poco sopra). In 30 casi v'era xantocromia e il liquor coagulò (sindrome di Froin). La reazione di Nonne fu positiva in 84 casi.

Su 158 casi 38 tumori erano cervicali, 93 dorsali, 21 lombari, 6 sacrali.

La storia ha la più grande importanza nella diagnosi, mostrando essa, in ordine cronologico, sintomi d'irritazione, di lieve pressione, di paralisi, caratteristica delle lesioni del midollo spinale.

Complicazioni. La più grave è data dalle complicazioni infettive cisto-pielorenali. Meglio è permettere l'incontinenza paradossa che cateterizzare; meglio tenere il catetere a permanenza. In caso di pieliti o pielonefriti utile è l'iniezione endovenosa di mercurocromo.

Disturbi rettali, debolezza sessuale, più rare le ulcere da decubito.

Diagnosi. La mielite acuta ha un decorso rapido. Le sclerose hanno un inizio lento, raramente producono lesioni trasverse. La meningomielite cronica può dare disturbi analoghi a quelli di un tumore. Anche lesioni sifilitiche localizzate possono trarre in inganno.

Importante è la xantocromia e la Nonne positiva. Più importante è la prova di Queckenstedt, che indica un blocco nel circolo del liquor nel canale spinale; la compressione delle giugulari fa elevare la pressione del liquor misurata con un manometro; tale aumento cade di botto togliendo la compressione dalle giugulari. Se v'ha un blocco spinale tale aumento di pressione non si ha

Ayer fa contemporaneamente la puntura lombare e della cisterna.

Prova del lipiodol di Sicard; pneumorachis di Dandy.

Prognosi. Dipende dal tipo del tumore, dalla durata e dal grado della paralisi. Il ritorno al normale può attendersi solo se la paralisi è durata meno di un anno.

Nella serie dei Mayo il tumore fu asportato completamente in 18 su 26 extradurali; in 59 su 62 intradurali ma extramidollari, in 3 su 48 intramidollari.

Su 189 pazienti operati, una lesione anatomica o una neoplastica fu trovata in 154 (81 %). In 88 (57 %) il tumore fu asportato completamente, in

35 (22 %) rimosso parzialmente. Guarigione completa 42 %, guarigioni o miglioramenti 67 %. Mortalità operatoria 7 %.

La cura è chirurgica. Il radio dà scarsi risultati. Nei tumori intramidollari l'incisione longitudinale del midollo permette una decompressione; e così può aversi un miglioramento. Non è saggio tentare di asportare gli angiomi, poichè la decompressione associata al radio dà buoni risultati.

CHIASSERINI A.

RENE E VIE URINARIE.

La cura delle pielonefriti e, in particolare, delle pielonefriti colibacillari.

(G. WOLFROMM. *Paris Médical*, n. 7, agosto 1926).

Il punto di partenza della maggior parte delle pielonefriti è il tubo gastro-enterico: agente abituale ne è il bact. coli che giunge al rene di solito per la via sanguigna. A seconda le complicazioni e le localizzazioni della malattia si possono distinguere le pielonefriti semplici, quelle complicate da stasi urinaria, in cui tale elemento predomina nell'evoluzione dell'affezione, e quelle gravi d'*emblée* o aggravate da una vera e propria setticemia.

1) *Pielonefriti complicate.* Quando con le cure appropriate una pielonefrite non guarisce con i mezzi ordinari, bisogna subito indagare sulla esistenza o meno di un ostacolo. Non tralasciando nessuno dei mezzi di ricerca e ricordando come il grado della dilatazione non vada di pari passo con la gravità dell'affezione, l'ostacolo può risiedere su di un punto qualunque dell'albero urinario.

A cavallo tra le forme semplici e quelle complicate è la pielonefrite gravidica, la quale, però, subito dopo il parto, rientra — tolto l'ostacolo fisiologico — nel quadro di quelle semplici.

2) *Pielonefriti semplici.* Sono spesso un'affezione benigna: tuttavia se anche si curano con rimedi ad azione diametralmente opposta, possono resistere ad ogni medicamento e recidivare ostinatamente. Tra i numerosi rimedi sono da ricordare:

1) il *riposo*, più o meno rigoroso, a seconda la acuità e la gravità della forma. Nella forma gravidica sembra corrisponda meglio di tutti la elevazione del bacino con le spalle basse;

2) si può ricorrere anche ad una *medicazione derivatrice* (ventose secche, cataplasmi elettrici, ecc.). I malati renali temono il freddo!

3) *Regime alimentare.* Sarà tale da introdurre nell'organismo il meno possibile di sostanze irritanti per i reni, quelli i cui prodotti di disassimilizzazione vengono eliminati attraverso i reni; e quelle sostanze capaci di provocare la fermentazione del contenuto intestinale o di accentuarne la stasi.

Saranno somministrati invece: alimenti lassativi; sostanze i cui prodotti di disassimilizzazione vengano eliminati in scarsa quantità dai reni; alimenti ad azione opportuna sulla flora intestinale (Kefir, Yougort, ecc.); come bevanda, acqua pura.

4) *Cura della diuresi.* Tale cura (acque minerali varie, nella misura di 3-4 litri giornalieri, senza raggiungere gli 8 di Casper) può dare, specie sull'inizio, dei buoni risultati. Evitare le acque alcaline!

5) *Prodotti antisettici.* Hanno lo scopo di sottomettere gli agenti microbici all'azione di sostanze antisettiche, introdotte per bocca o per via endovenosa. Si suddividono in tre gruppi: *a*) sostanze capaci di sviluppare nell'organismo della aldeide formica; *b*) sostanze coloranti; *c*) gli arsenobenzoli.

a) Sotto l'influenza di acidi o sali acidi la urotropina si dissocia in aldeide formica e ammoniaca. Si somministra per bocca in ragione di gr. 1,50 in tre volte sola o associata al benzoato di soda in misura uguale od insieme con sostanze acide (fosfato acido di sodio: 2-6 gr. pro die; acido fosforico, acido canforico: 1,50-3 gr.; acido benzoico, benzoato di sodio) da prendersi a 5-6 ore di distanza dall'urotropina. Bere poco per concentrare l'azione della formaldeide!

Per via endovenosa si possono iniettare 3-4 gr. di urotropina in soluzione al 40 %, ogni giorno o a giorni alterni, a seconda la sensibilità individuale.

I risultati sono stati lodati da alcuni, giudicati nulli da altri. Presa per bocca l'urotropina può causare diarrea o disturbi digestivi; per via endovenosa emorragie, di solito di origine vescicale, evitabili tuttavia con la somministrazione di gr. 10 di bicarbonato di sodio. L'urotropina è interdetta nelle forme ematuriche della pielite (Blanc).

Altre sostanze antisettiche più o meno adoperate ad azione più o meno evidente sono il salolo (2-4 gr. al dì), i preparati colloidali di Ag. (elettroargolo: due cucchiai da zuppa di collargolo al 2 %), il creosoto, trementina ed altri balsamici;

b) Sostanze coloranti. Sono state usate, specie in presenza di urine alcaline, la proflavina e l'acriflavina: questa ultima si dà in ragione di ctgr. 5-50, per bocca. Per via endovenosa bastano quantità minori. Hohlweg inietta nelle vene per 8 giorni di seguito, 20 cmc. di una soluzione al 0,5 % di argoflavina e guarisce una pielite colibacillare su tre, ma gli associa contemporaneamente una cura locale. Altri preferiscono l'argocromo, il bleu di metilene, Young il mercuro-

cromo 220 solubile, il violetto di genziana e il meroxil (un composto di Hg.);

c) Novarseno-benzolo: fu preconizzato da Gross nel 1917 per via endovenosa, in ragione di 15-30 ctgr. ogni 5 giorni. Dà dei buoni risultati

6) *Medicazione alcalinizzante e acidificante.* La proposta di modificare la reazione dell'urina, per favorire la lotta contro il colibacillo riposa su due principi diametralmente opposti ma perfettamente logici e praticati con ottimi risultati. Il primo di essi è quello di acidificare l'urina, onde permettere alla formaldeide la sua azione disinfettante: l'altro di alcalinizzare le urine sapendo come il colibacillo vegeti male in un tale ambiente.

La cura acidificante non è sempre senza inconvenienti, dovendo essere associata ad una restrizione di bevande e costituendo un eccesso di lavoro per il cuore e per il rene: meglio tollerata è la cura alcalinizzante, associata ad una cura diuretica, ottenuta mediante la somministrazione di sali sodici (bicarbonato, citrato, fosfato, 3-12 gr. al dì).

Il meccanismo d'azione di tali sostanze non è però ben conosciuto, tanto che alcuni fanno alternare le due cure in caso di insuccesso di una di esse.

7) *Cure biologiche.* Comprendono: *a*) la sieroterapia specifica, tuttora allo stato di studio; *b*) la proteinoterapia, tentata sotto la forma di autoemoterapia, autosieroterapia, senza risultato. Temere gli accidenti anafilattici! Alcuni autori si sono serviti con successo e senza reazioni, di iniezioni di latte; *c*) la vaccinazione (Stock, autovaccini). Moltissimi autori si sono interessati di questo ultimo modo di cura, ma i risultati sono ancora incerti, sebbene sembri veramente un metodo degno di studio. Si possono iniettare dosi refratte a lungo o dosi massive in poco tempo, scegliendo la via sottocutanea o quella endovenosa (Colombino). È stata applicata con un certo successo ad alcune forme di pielonefriti, la cura con il bacteriofago di D'Hérelle, mediante un trattamento misto per bocca, sottocutaneo ed endovescicale. La cura va intrapresa solo dopo un saggio in vitro: essa è innocua, ma esige la sanzione dell'esperienza.

8) *Cura con i lavaggi della vescica e del bacinetto.* È noto da tempo l'influenza benefica dei lavaggi della vescica sia nelle infezioni ascendenti che discendenti e quella della distensione della vescica capace di risvegliare delle contrazioni del bacinetto. Si può usare una soluzione di ossicianuro o acriflavina 1/4000 o $AgNO_3$ a concentrazioni alte. Quando predominano i dolori vescicali (forme assai difficili a guarirsi) si può istillare olio gomenolato o del nitrato d'argento.

Giova spesso anche la sonda vescicale a permanenza che però non conduce mai a guarigione. Il cateterismo ureterale e il lavaggio della pelvi nei casi con ritenzione dà dei buoni risultati, permesso magari con l'anestesia epidurale quando tale manovra si accompagna a dolore.

Se esiste ritenzione esso è controindicato nei casi seguenti:

a) quando il rene ha perduto quasi tutto il suo valore funzionale;

b) in presenza di calcoli;

c) di un ostacolo permanente;

d) nei casi di vecchia pielite con pareti incrostate.

Esso è inutile:

e) nei prostatici;

f) nelle grandi distensioni (maggiori di 100 centimetri cubici);

g) nei casi di rene mobile.

Si può anche lasciare la sonda ureterale a permanenza, per qualche giorno o più a lungo, ma cambiandola ogni 8 giorni.

Un solo lavaggio della pelvi può bastare, ma di solito ne occorrono 10-15 ogni 3-8 giorni nelle donne, ogni 8 negli uomini.

Varie sono le soluzioni adoperate allo scopo: nitrato d'argento (4-5 %) o suoi composti organici (ma con minor successo), acriflavina, triploflavina o simili, il 2-aethoxy 6-9 diaminoacridincloridrato, il mercurio cromo 220 solubile (Young), il meroxil.

La preferenza va mantenuta sempre per il nitrato d'argento, non dimenticando però di attaccare il colibacillo non solo alla sua uscita (pelvi) ma anche in corrispondenza della sua dimora (intestino: Heitz-Boyer). È un metodo da seguirsi sempre durante la gravidanza, da evitare nei bambini.

9) *Cura dell'infezione iniziale.* Partendo dal concetto che l'infezione colibacillare abbia la sua origine dall'intestino, e non nel rene (sindrome entero-renale di Heitz-Boyer) è logico indirizzare a quello le cure causali e dirigersi al rene solo in presenza di un ostacolo al normale deflusso dell'urina. A carico dell'intestino occorre indagare sulla possibilità di disturbi di origine meccanica (soprattutto lesioni del colon con stasi cronica) e cercare con ogni mezzo anche chirurgico di averne ragione. Evitare anche la possibilità di disturbi di origine secretoria (pancreas, fegato), di origine infettiva o da traumi interni.

10) *Cura della pielonefrite gravidica.* È la stessa della pielonefrite semplice: nei casi più gravi ricorrere ai lavaggi del bacinetto e solo eccezionalmente alla interruzione della gravidanza. Se l'aggravamento è dovuto all'apparizione di una pionefrosi, istituire una nefrostomia.

11) *Pielonefriti gravi o aggravate.* Raramente,

è vero, ma è sempre possibile che i fenomeni generali con punto di partenza dal rene assumano il quadro di una setticemia. È giocoforza allora ricorrere ad una nefrectomia, la quale sarà preferita anche nei casi di ascessi multipli alla nefrostomia da riservarsi invece, almeno in un primo tempo, a quei casi in cui si è stabilita una pionefrosi.

Insomma la pielonefrite è una malattia spesso benigna e che sull'inizio è piuttosto facile a curarsi, ma che tende a divenire cronica e a subire allora sotto l'influenza delle cure, soltanto dei miglioramenti più o meno evidenti o più o meno protratti (1).

E. MINGAZZINI.

La pielonefrite nei prostatectomizzati.

(G. GAYET e R. PEYCELON. *Journal d'Urologie*, n. 5, 1925).

Gli AA. fanno rilevare come, quantunque la tecnica perfezionata, abbia migliorato non poco le statistiche, poichè sono state quasi del tutto eliminate le cause di morte (uremia, emorragie, complicanze polmonari) l'infezione urinaria ascendente resta sempre come temibile complicazione che può, alle volte, turbare il decorso post-operatorio. Avendo avuto in 5 casi tale complicazione gli AA. fanno delle considerazioni sintetiche nella storia, sulla genesi e sulla cura. Quantunque le complicazioni in genere abbiano dato argomento a molteplici considerazioni nei Congressi, le uretero-pieliti non sono state mai prese in considerazione accurata, poichè si trova qualche accenno sommario nelle relazioni di Raffin (1904), Pousson (1920), Perrin (1924), Salvini (1925).

Quanto alla genesi essa è molto varia. Per lo più appare nei soggetti che precedentemente all'intervento presentarono delle alterazioni sia nelle urine, che nelle pareti vescicali o di altro genere (urine torbide, orchiti, vescicoliti, vescica a colonna).

Nei casi invece, in cui non si rileva alcuna alterazione, bisogna pensare che il processo abbia avuto origine dalla suppurazione della loggia prostatica dopo l'intervento.

Quanto al tempo, la pielonefrite appare verso la terza settimana; appare, cioè, quando si cerca di far chiudere la fistola ipogastrica.

L'aspetto clinico di tali pielonefriti non presenta nulla di particolare. Gli AA. hanno riscontrate due forme anatomo-cliniche. Una forma acuta, la cui sintomatologia è rappresentata dal dolore lombare, la piuria e da attacchi fèbbrili preceduti da brividi.

In questi casi l'esplorazione renale non fa riscontrare nulla d'importante alla cistoscopia, il meato ureterale si presenta congesto, edematoso. Queste forme benigne, guariscono con cura medica (dietetica, iniezioni di setticemina). Vi sono poi forme croniche pionefritiche.

La piuria in questi casi è costante, accentuata. Il paziente accusa forti dolori alla regione lombare; le condizioni generali, per la febbre, si alterano non poco. Con la palpazione si riscontra una grossa tumefazione renale. Tutti questi sintomi portono a praticare la nefrotomia in un rene pieno di pus.

La prognosi è molto riservata.

La diagnosi si presenta facile. Occorre anzitutto sorvegliare i pazienti nel momento in cui si sta per chiudere la fistola soprapubica, poichè quello è il momento critico.

Per quanto si riferisce alla cura il trattamento preventivo consiste nell'aver eseguito l'intervento con tecnica perfetta, nella sorveglianza accurata del paziente, nell'operazione in due tempi, nei lavaggi vescicali ripetuti, delicatamente e nel diminuire progressivamente il drenaggio, sopra pubico, che, al minimo accenno di temperatura, sarà subito rimesso.

Contro la pielonefrite conclamata, gli AA. usano la seguente terapia:

Iniezioni endovenose, mattina e sera, di 5 cmc. di setticemina o iniezioni di urotropina al 40 %.

Lavaggi del bacinetto con siero fisiologico o protargolo all'1 %.

Se poi il rene aumenta di volume e vi sia raccolta purulenta, se esiste temperatura alta, se le condizioni generali del paziente tendono a peggiorare, è opportuno praticare, senz'altro, la nefrotomia, che è la sola capace di determinare un ottimo drenaggio e salvare, così la vita del paziente.

T. LAURENTI.

SANGUE.

Esperienze sul tamponamento ed emostasi mediante plasma sanguigno di animali.

(SAUER. *Zentr. f. Ch.*, 1925, p. 345).

Già da anni si conduce una guerra energica ed efficace contro il tamponamento delle ferite. Ma vi sono casi nei quali il tamponamento non può essere abbandonato in modo assoluto.

Vozel ha proposto di usare a questo scopo un preparato a base di plasma sanguigno. Esso è plasma di bue ricavato con rigorose cautele asettiche e soltanto da animali che siano stati trovati indiscutibilmente sani. A questo plasma di bue

---

(1) *Notiamo con piacere che le conclusioni cui giunge l'A. collimano perfettamente con quelle che il R. ebbe l'onore di esporre nella sua relazione all'ultimo Congresso della Società italiana di Urologia nell'ottobre u. s.* E. M.

viene aggiunta una quantità di citrato di sodio esattamente stabilita e un antibatterico per modo che può essere conservato indefinitamente in vasi sterili. Il metodo consiste in ciò: che il plasma così conservato viene attivato mediante una determinata quantità di cloruro di calcio, e in grazia di tale attivazione solidifica a poco a poco, trasformandosi in una massa tenace, resistente che s'attacca bene alla superficie delle ferite. L'attivazione è affrettata essenzialmente dal riscaldamento a 38°. Si può usare il rimedio a piacimento in forma fluida e semifluida, specialmente per emostasi di emorragie parenchimatose, o in forma solida, come piombo, per colmare perdite di sostanza o come tampone di cavità. Volendo adoperarlo come piombo solido, è raccomandabile di attaccarlo alla superficie delle ferite mediante una parte di esso allo stato liquido per ottenere una emostasi sicura. Il nuovo preparato costituisce un brillante emostatico, che, usato con tecnica esatta, sorpassa tutti gli altri mezzi fin'ora conosciuti e che possiede l'essenziale vantaggio di un'assoluta riassorbibilità.

L'A. l'ha applicato in due casi di colecistectomia, in un caso di asportazione di una tumefazione del fegato, che si palesò poi per una gomma, in un caso di strumectomia per Basedow. Più: in numerose perdite di sostanze e in spazii cavi, che poterono essere poi chiusi per prima. Ma dove esso presenta particolari vantaggi è nei casi di prostatectomia, perchè, in virtù della sua proprietà di attaccarsi soltanto alle superfici cruente, ma non alle mucose intatte, può, dopo l'asportazione della prostata, essere versato abbondantemente in vescica, con la prospettiva di ottenere l'emostasi senza pericolo di chiudere ureteri od uretra. Il di più viene disciolto dall'urina ed emesso con essa. Da quando usa questo metodo, l'A. potè ottenere quasi regolarmente — se non si trattava di urina molto infetta — chiusura per prima della vescica e dell'incisione cutanea, perchè usa il vivocoll anche per rinforzare la sutura vescicale e per colmare il cavo di Rezius. In casi di urina infetta, se la prostatectomia non veniva eseguita in due tempi, si lasciava un drenaggio nel cavo di Rezius per alcuni giorni, e per lo più già dopo pochi giorni veniva tolto il catetere a permanenza. Con questo procedimento, il decorso post-operatorio è abbreviato di molto.

BAGGIO.

L'emostasi mediante la trasfusione sanguigna.

(Trasporto di fattori coagulanti).

(H. WILDEGANS. *Arch. f. Klin. Chir.*, 136, 4, 1925).

I metodi finora usati comunemente per la determinazione dell'efficacia dei vari mezzi emostatici, come la determinazione della coagulabilità del sangue e dell'emostasi spontanea hanno condotto a risultati straordinariamente variati ed in parte contradditori. Essi non consentono la formazione di un concetto esatto dei processi biologici dell'emostasi, la quale deve essere considerata come risultante da un processo biologico del sangue e di una partecipazione attiva della parete vasale.

Invece la determinazione quantitativa del fibrinfermento (trombina) e del fibrinogeno col metodo di Wolgemuth dimostra perchè la trasfusione sanguigna rappresenti un mezzo emostatico migliore di tutti gli altri.

Mediante le ricerche sperimentali sugli animali (coniglio) il cui sangue era stato reso incoagulabile mediante iniezioni di irudina, è stato dimostrato come sia possibile di trasportare i fattori propri della coagulazione mediante trasfusioni sanguigne omogenee.

La entità fondamentale è rappresentata dal contenuto in trombina del sangue o del siero trasfuso, poichè soltanto il sangue fresco contenente il fibrin-fermento riesce efficace. Sangue defibrinato o citratato si comportano egualmente. Le ricerche cliniche dimostrano ancora che in ogni caso in cui il contenuto di fibrin-fermento del sangue sia insufficiente, si riesca con grande sicurezza mediante trasfusione di sangue sano a sopperire a questa deficienza di fibrin-fermento. La carenza di fibrinogeno non possiede nessuna importanza nella patologia umana.

Il fibrin-fermento del sangue conservato in vitro non dimostra alcuna efficacia, di regola, sulla coagulabilità del sangue. I fermenti trasportati nell'organismo dal ricettore, si presentano invece ancora presenti dopo 10-12 giorni: dopo tale tempo gli elementi trasportati si perdono. Ma tale lasso di tempo permette all'organismo di mobilizzare le proprie forze. Queste esperienze dimostrano la ragione per la quale hanno fallito i vari sieri di cavallo o antitossici o comunque privi di fermento. La trasfusione deve eccitare il sistema vasale del ricevente, anche se tale perturbamento non si manifesti con una vaso-costrizione. D'altra parte la produzione di « ormoni da disfacimento » è poco probabile nella trasfusione diretta, in quanto che gli eritrociti del donatore non si distinguono da quelli dell'ospite e prendono parte attiva allo scambio respiratorio. La trasfusione con iscopo emostatico è indicata in tutti i casi di emorragia capillare altrimenti incoercibile, almeno a giudicare dall'esperienza personale dell'A.

E. M.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Dott. GIUSEPPE DRAGOTTI. *La Psicanalisi*. 2ª edizione. Editore Luigi Pozzi, Roma, 1926. Prezzo L. 14.

La psicanalisi può andare orgogliosa di una letteratura ricca come forse non potè vantare nemmeno l'ipnotismo, più che 30 anni fa. Il talento non comune e la perseveranza di un uomo come Freud non solo hanno prodotto numerosi volumi, ma hanno suscitato un gran movimento in certe sfere intellettuali, han fatto proseliti, propagandisti, fanatici, molti dei quali, ignoranti di anatomia, di fisiologia del sistema nervoso e di neuropatologia, hanno sollevato proteste e critiche severe, ed han fornito materiale per libri, riviste, articoli, polemiche; gli Anglo-sassoni e i Tedeschi si son mostrati più propensi alle affermazioni di Freud, i latini molto più riservati e critici. In questo fervido dibattito il piccolo libro di Dragotti arriva a proposito.

È una monografia in 8° grande di 92 pagine, che desidererei fosse nelle mani di ogni medico. Dopo 50 anni d'insegnamento obbligatorio della psichiatria in Italia, i medici dovrebbero prendere interesse per una dottrina che ha avuto il potere d'infiltrarsi nella cultura medica e psicologica di tutti i paesi, con la pretesa di spiegare la genesi di alcune nevrosi e psicosi, e di curarle. Nè l'una cosa nè l'altra noi ammettiamo per ben forti e dimostrabili ragioni, ma non si può rimanere estranei ad un movimento così rivoluzionario della fisio-psico-patologia.

Ora il piccolo volume del Dragotti, il quale fu assistente per qualche anno alla mia clinica, ha il merito di riassumere in pagine dense, chiarissime e bene scritte quasi tutti i punti culminanti della dottrina psicanalitica del Freud, con le esagerazioni, e gli originalismi indimostrati, rimescolati a molte verità ed a molte fantasticherie del Freud e dei suoi seguaci. L'autore ben difeso contro gli entusiasmi e le critiche severe rivolte alla psicanalisi ha il merito di esporre con metodo e con precisione i punti fondamentali della dottrina freudiana, e cioè che il dominio della psicanalisi è l'incosciente, nel quale lo psicanalista indaga e studia i materiali psichici seppelliti profondamente nell'anima umana, e che nucleo dell'incosciente sia la *libido* infantile. Non v'è tra gli psichiatri odierni chi neghi l'immenso valore dell'incosciente, sia per quello che fornisce alla coscienza, sia per il carattere e l'orientamento che imprime allo spirito, e per il potere che detiene sul determinismo della condotta umana. Ma credo molto esagerata l'affermazione che la psicanalisi « abbia profondamente scosse le vecchie concezioni dell'attività psichica ». Non è nemmeno vero che lo studio serio dell'incosciente sia cominciato col Freud, come danno ad intendere alcuni psicanalisti. Il Freud ha bensì allargato e meglio definito il campo dell'incosciente e del precosciente; ha perseguito nuovi metodi per penetrare addentro nell'incosciente e quindi nella parte non facilmente riproducibile della personalità; ma l'incosciente aveva già formato oggetto di studi, di speculazioni e di esperimenti specialmente nel periodo più fervido degli studii sull'ipnotismo, in particolar modo per opera di Janet. Mi si permetta di ricordare quel che io, nel 1888, nella prolusione al corso di Psichiatria all'Università di Palermo, dicevo, parlando di alcuni folli « che vivono dell'incosciente, di quello che fu il loro sogno o la loro paura, la ricchezza, la felicità e gli uomini che le contrastano ». E nel discorso inaugurale dell'anno accademico della Università di Napoli nel 1891, dicevo: « tanto più probabile è che prepotente ed indisciplinato insorga l'incosciente con predominio degli istinti e delle tendenze individuali quanto meno vigoroso è il pensiero ».

Non è mia intenzione far la critica diretta della psicanalisi tanto più che l'autore, sempre in forma chiara, precisa e sobria, ha ricordato i giudizi di alcuni autori, i quali hanno con forti argomenti combattuto la dottrina psicanalitica, o hanno versato parecchia acqua fredda sugli entusiasmi di molti seguaci di Freud.

Si sa bene che di fronte al propagandismo, che caratterizza spesso i periodi di decadenza dello spirito collettivo, e i profondi sconvolgimenti politico-morali, specialmente se ha carattere mistico come quello della psicanalisi, riesce meno efficace, la critica più o meno severa di quelli tra psichiatri e psicologi che non sono di accordo nè sul significato della *libido*, che è il caposaldo della dottrina di Freud, nè sul metodo di ricercarla. In ogni modo mi felicito col dott. Dragotti che è riuscito a concentrare in un piccolo ma denso volume la vasta materia, e con l'editore che ha pubblicato questa monografia in bei tipi ed in veste sobriamente elegante.

LEONARDO BIANCHI.

E. KRETSCMER. *Medizinische Psycologie*. G. Thieme, 3ª edizione, Lipsia, 1926, p. 273.

La pubblicazione del Kretscmer, ordinario di neuropsichiatria a Marburg, rappresenta un tentativo di porgere agli studiosi, un sistema medico psicologico semplificato e basato su pochi meccanismi fondamentali biologici, atti a render più facile e maggiormente comprensibile l'insegnamento della psichiatria. Tuttavia si presuppone la conoscenza dei fondamentali psichiatrici e dei quadri morbosi abituali. L'opera è divisa in cin-

que parti: la prima riguarda le funzioni principali della mente e ne spiega il sistema anatomo-patologico. Seguono gli apparati e lo sviluppo di questi nei riguardi della mente. Un terzo capitolo tratta dei temperamenti: un altro della personalità e delle reazioni individuali. Chiude l'opera un capitolo sulla psicologia medica pratica.

Chiunque si interessa di tali questioni, e l'autore se ne augura molti, leggeranno con interesse questo libro, premessa una discreta conoscenza dell'argomento e un buon dominio della lingua tedesca. E. M.

LÉVY VALENSI. *Les délires* (Conférences de Clinique psychiatrique élémentaire). Société d'édition de l'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris. 38, Rue Sainte Croix de la Bretonnerie.

È un volumetto di 91 pagine, il quale racchiude venti conferenze tenute dall'autore dal gennaio all'aprile 1925, nel Reparto Psicopatici dell'Hôtel Dieu di Parigi.

Il Lévy Valensi ha scelto lo studio dei deliri come soggetto di queste lezioni di psichiatria pratica per ragioni, come egli dice, d'ordine didattico, pratico e filosofico.

Perchè vi sia un delirio è necessario che la causa morbosa, accidentale o costituzionale, agisca sopra qualcuno dei tre processi essenziali dello psichismo normale, alterandoli. L'idea delirante si manifesterebbe, così, secondo una delle tre tendenze principali dello spirito umano: tendenza espansiva, tendenza depressiva, tendenza difensiva.

Dopo avere classificati i deliri, l'A. studia successivamente, in capitoli a parte, i deliri polimorfi; i deliri melanconici; i deliri tossici e infettivi; i deliri dei tossicomani; i deliri demenziali e d'influenzamento; la psicosi allucinatoria cronica; i deliri d'interpretazione e di rivendicazione.

Questo libro, frutto della lunga esperienza acquistata dall'A. sotto la guida dei suoi grandi maestri, Gilbert-Ballet e Roger, si raccomanda alla attenzione degli studiosi sopratutto per la esposizione chiara, ordinata e precisa con cui i vari argomenti sono svolti. G. MINGAZZINI.

L. FRANK. *Vom Liebes- und Sexualleben.* (*Erfahrungen aus der Praxis für Aerzte, Juristen und Erzieher*). Ed. G. Thieme, Lipsia, vol. II, p. 807.

L'A., un psichiatra di Zurigo, espone in forma epistolare, un complesso di dottrine riguardanti tutte le diverse manifestazioni della vita intima dell'individuo. Vengono ampiamente illustrati tutti i problemi e le domande che può farsi un individuo sia a se stesso, che nei rapporti con la società e con l'altro sesso. Pur trattando una materia così delicata, l'A. riesce sempre a evitare gli scogli della scurrilità offrendo un linguaggio elevato. Il libro può riuscire utile al medico di famiglia cui spesso vengono poste le domande che trovano la loro risposta in capitoli ampiamente svolti. VALDONI.

O. PETRI. *La cura naturale.* F.lli Bocca ed. L. 12.

È questo un libro di cui ogni medico dovrebbe prenderne cognizione.

L'A. è tutt'altro che al suo debutto, avendo già nel 1910 scritto un *Manuale di Fisioterapia moderna* che fu dal *Policlinico* offerto in dono a' suoi abbonati, e poi altri lavori pubblicati su queste colonne.

Nel presente volume, che contiene una prefazione del prof. Mingazzini, l'A. esordisce con una introduzione nella quale si esprime così: « ... Con questo mio scritto piacemi far rilevare, mettere in luce nel miglior modo che mi è consentito quanto il medico coscienzioso può conseguire facilmente facendo appello alla nostra natura così provvida e prodiga ».

Passa poi a trattare del modo di rieducazione del sistema digestivo a cominciare dalla masticazione; del disturbo tanto preoccupante e generalizzato della stitichezza, indicando comportamenti geniali di rieducazione della funzione; del razionalismo del sonno e cura dell'insonnia.

Indi si occupa largamente di un sistema proprio di rieducazione motrice dell'atassia tabica in particolare e di tutte le incoordinazioni in generale. Il sistema è semplice, pratico ed utile come è stato rilevato in moltissimi casi che l'A. cita. Contiene anche una esposizione di psicoterapia e termina con numerosi aforismi per il benessere.

Questo libro rappresenta il contributo italiano ad un orientamento moderno di discipline che si annunciano risolutamente da ogni paese studioso. E noi lo additiamo volentieri ai nostri abbonati. A.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. IV, 4 p., fascicolo 3. Urban e Schwarzenberg, 1926. Mk. 7,50.

Nella puntata 192 del trattato dell'Abderhalden sono compresi alcuni argomenti concernenti le ricerche sui tessuti e sui liquidi dell'organismo, e precisamente in questo fascicolo sono trattati alcuni punti importanti dei metodi di indagine nel sangue e nella linfa. Così dall'Hamburger è esposta la tecnica per le ricerche sui fagociti, dal Domarus sono raccolte le indagini microscopiche della linfa, dall'Asher i metodi di ricerca sulla linfa, sui transudati e sulla permeabilità, dal Weire la tecnica per la determinazione dell'azoto residuo nel sangue e nel siero. TR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'apoplessia del velo palatino.

L'apoplessia del velo palatino è costituita da piccole rotture vascolari che si producono spontaneamente nel palato molle e formano dei piccoli ematomi che si rompono dando luogo a sputi sanguigni. Questo piccolo incidente è senza gravità, ma può impressionare il malato in causa della sua subitaneità e della spontaneità con cui si manifesta. Ha talora tendenza a ripetersi nello stesso individuo, ciò che indica la possibilità di una predisposizione individuale a tale affezione.

Secondo le osservazioni di J. Garel e A. Gignoux (*Journal de médecine de Paris*, 20 agosto 1925), sembra che tale manifestazione debba rientrare nel quadro delle piccole emorragie che si osservano spesso nelle vie respiratorie superiori e che debba essere riferita ad una fragilità delle tuniche dei vasi della regione, oppure alla frequenza di attacchi congestizi nella mucosa del velo pendolo.

fil.

L'aspirazione delle ali del naso e sua cura.

In alcuni soggetti, al contrario di quanto normalmente accade, le narici si chiudono durante l'inspirazione, fino ad impedire del tutto l'entrata dell'aria nel naso, diguisachè, per respirare, è necessaria l'apertura ampia della bocca.

Tale fatto, indicato col nome di « aspirazione delle ali nasali », è permanente e bilaterale, aumenta durante gli sforzi corporali, e si sopprime allorquando viene introdotto nel naso uno speculo o un sollevatore.

La causa dell'aspirazione va ricercata nell'ipotonicità dei muscoli della narice durante l'inspirazione media, e alla loro mancanza di contrattura nell'inspirazione forzata.

Si tratta di un'anomalia congenita od acquisita, alla quale va in genere unita qualche lesione nasale, che ostacola la respirazione: deviazione del setto, creste, rinite ipertrofica, vegetazioni adenoidi, ecc.

Altra causa può essere rappresentata dall'ozena, per la vasta cavità creata dall'atrofia, che provoca al momento dell'inspirazione un brusco squilibrio tra la pressione esterna e quella intranasale.

La diagnosi è facile a farsi, ricorrendo alla semplice ispezione del naso durante i movimenti respiratori. Se quindi un malato si lamenta di disturbi di respirazione, nonostante che l'esplorazione istrumentale abbia dimostrato libere le cavità nasali, è necessario pensare anche alla possibilità che si tratti di aspirazione delle ali.

La cura può esser fatta per mezzo di una correzione passiva, introducendo nel naso dei piccoli apparecchi che mantengono beanti le aperture. Ma tale sistema non ha che un valore profilattico.

Converrà invece praticare una correzione attiva, rieducando la muscolatura nasale ai suoi movimenti normali.

Si userà quindi, come consiglia Feldstein (*Paris Méd.*, n. 28, luglio 1925) l'elettrizzazione, il massaggio, e, sopratutto, l'esercizio fatto con un metodo speciale, di cui l'autore indica chiaramente nel suo lavoro i vari tempi. M. FABERI.

L'azione dei bagni di luce su alcuni casi di sinusite frontale acuta e subacuta.

Guida (*Arch. Ital. di Laringologia*, fasc. II, 1925), dopo d'aver parlato sull'etiologia, sui sintomi e riferito ampiamente sulle varie alterazioni anatomopatologiche delle sinusiti frontali acute e subacute, presenta diversi casi affetti da tale malattia e sottoposti all'azione dei bagni di luce. L'A. ha potuto vedere delle risoluzioni e delle guarigioni abbastanza soddisfacenti con le applicazioni fatte mediante i bagni di luce che giungevano ad un grado di calore da 68° a 70°, eseguiti a giorni alterni per una durata di 15 minuti. L'A. non sostiene che le sinusiti frontali acute guariscono con le applicazioni di bagni di luce, ma ritiene, date le risoluzioni rapide delle sinusiti, che il calore a mezzo dei bagni di luce possa avere una influenza sulla mucosa tumefatta, determinandone la decongestione ed agevolando così lo scarico dell'essudato attraverso il canale naso-frontale precedentemente ostruito. Quindi consiglia di non trascurare mai questo metodo di cura nelle forme di sinusite frontale acuta e subacuta dati i risultati notevoli che si possono ottenere, prima d'intervenire chirurgicamente, il che alle volte è assai disastroso per la deformazione postoperatoria che deturpa l'estetica del viso. A. POZZI.

Il trattamento dell'angina di Vincent.

Fra i diversi metodi proposti, E. Feldstein (*Journal des praticiens*, 2 gennaio 1926) presceglie i seguenti:

1) Bleu di metilene. Spargere la polvere sull'ulcerazione o, meglio, spennellarla 2-4 volte al giorno con la soluzione: blu di metilene g. 2; glicerina g. 5; citrato di sodio g. 1; acqua distillata g. 5.

que parti: la prima riguarda le funzioni principali della mente e ne spiega il sistema anatomopatologico. Seguono gli apparati e lo sviluppo di questi nei riguardi della mente. Un terzo capitolo tratta dei temperamenti: un altro della personalità e delle reazioni individuali. Chiude l'opera un capitolo sulla psicologia medica pratica.

Chiunque si interessa di tali questioni, e l'autore se ne augura molti, leggeranno con interesse questo libro, premessa una discreta conoscenza dell'argomento e un buon dominio della lingua tedesca.

E. M.

LÉVY VALENSI. *Les délires* (Conférences de Clinique psychiatrique élémentaire). Société d'édition de l'Association d'enseignement médical des Hôpitaux de Paris. 38, Rue Sainte Croix de la Bretonnerie.

È un volumetto di 91 pagine, il quale racchiude venti conferenze tenute dall'autore dal gennaio all'aprile 1925, nel Reparto Psicopatici dell'Hôtel Dieu di Parigi.

Il Lévy Valensi ha scelto lo studio dei deliri come soggetto di queste lezioni di psichiatria pratica per ragioni, come egli dice, d'ordine didattico, pratico e filosofico.

Perchè vi sia un delirio è necessario che la causa morbosa, accidentale o costituzionale, agisca sopra qualcuno dei tre processi essenziali dello psichismo normale, alterandoli. L'idea delirante si manifesterebbe, così, secondo una delle tre tendenze principali dello spirito umano: tendenza espansiva, tendenza depressiva, tendenza difensiva.

Dopo avere classificati i deliri, l'A. studia successivamente, in capitoli a parte, i deliri polimorfi; i deliri melanconici; i deliri tossici e infettivi; i deliri dei tossicomani; i deliri demenziali e d'influenzamento; la psicosi allucinatoria cronica; i deliri d'interpretazione e di rivendicazione.

Questo libro, frutto della lunga esperienza acquistata dall'A. sotto la guida dei suoi grandi maestri, Gilbert-Ballet e Roger, si raccomanda alla attenzione degli studiosi sopratutto per la esposizione chiara, ordinata e precisa con cui i vari argomenti sono svolti.

G. MINGAZZINI.

L. FRANK. *Vom Liebes- und Sexualleben.* (*Erfahrungen aus der Praxis für Aerzte, Juristen und Erzieher*). Ed. G. Thieme, Lipsia, vol. II, p. 807.

L'A., un psichiatra di Zurigo, espone in forma epistolare, un complesso di dottrine riguardanti tutte le diverse manifestazioni della vita intima dell'individuo. Vengono ampiamente illustrati tutti i problemi e le domande che può farsi un individuo sia a se stesso, che nei rapporti con la società e con l'altro sesso. Pur trattando una materia così delicata, l'A. riesce sempre a evitare gli scogli della scurrilità offrendo un linguaggio elevato. Il libro può riuscire utile al medico di famiglia cui spesso vengono poste le domande che trovano la loro risposta in capitoli ampiamente svolti.

VALDONI.

O. PETRI. *La cura naturale.* F.lli Bocca ed. L. 12.

È questo un libro di cui ogni medico dovrebbe prenderne cognizione.

L'A. è tutt'altro che al suo debutto, avendo già nel 1910 scritto un *Manuale di Fisioterapia moderna* che fu dal *Policlinico* offerto in dono a' suoi abbonati, e poi altri lavori pubblicati su queste colonne.

Nel presente volume, che contiene una prefazione del prof. Mingazzini, l'A. esordisce con una introduzione nella quale si esprime così: « ... Con questo mio scritto piacemi far rilevare, mettere in luce nel miglior modo che mi è consentito quanto il medico coscienzioso può conseguire facilmente facendo appello alla nostra natura così provvida e prodiga ».

Passa poi a trattare del modo di rieducazione del sistema digestivo a cominciare dalla masticazione; del disturbo tanto preoccupante e generalizzato della stitichezza, indicando comportamenti geniali di rieducazione della funzione; del razionalismo del sonno e cura dell'insonnia.

Indi si occupa largamente di un sistema proprio di rieducazione motrice dell'atassia tabica in particolare e di tutte le incoordinazioni in generale. Il sistema è semplice, pratico ed utile come è stato rilevato in moltissimi casi che l'A. cita. Contiene anche una esposizione di psicoterapia e termina con numerosi aforismi per il benessere.

Questo libro rappresenta il contributo italiano ad un orientamento moderno di discipline che si annunciano risolutamente da ogni paese studioso. E noi lo additiamo volentieri ai nostri abbonati.

A.

ABDERHALDEN E. *Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden.* Abt. IV, 4 p., fascicolo 3. Urban e Schwarzenberg, 1926. Mk. 7,50.

Nella puntata 192 del trattato dell'Abderhalden sono compresi alcuni argomenti concernenti le ricerche sui tessuti e sui liquidi dell'organismo, e precisamente in questo fascicolo sono trattati alcuni punti importanti dei metodi di indagine nel sangue e nella linfa. Così dall'Hamburger è esposta la tecnica per le ricerche sui fagociti, dal Domarus sono raccolte le indagini microscopiche della linfa, dall'Asher i metodi di ricerca sulla linfa, sui transudati e sulla permeabilità, dal Weire la tecnica per la determinazione dell'azoto residuo nel sangue e nel siero.

TR.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

L'apoplessia del velo palatino.

L'apoplessia del velo palatino è costituita da piccole rotture vascolari che si producono spontaneamente nel palato molle e formano dei piccoli ematomi che si rompono dando luogo a sputi sanguigni. Questo piccolo incidente è senza gravità, ma può impressionare il malato in causa della sua subitaneità e della spontaneità con cui si manifesta. Ha talora tendenza a ripetersi nello stesso individuo, ciò che indica la possibilità di una predisposizione individuale a tale affezione.

Secondo le osservazioni di J. Garel e A. Gignoux (*Journal de médecine de Paris*, 20 agosto 1925), sembra che tale manifestazione debba rientrare nel quadro delle piccole emorragie che si osservano spesso nelle vie respiratorie superiori e che debba essere riferita ad una fragilità delle tuniche dei vasi della regione, oppure alla frequenza di attacchi congestizi nella mucosa del velo pendolo.

fil.

L'aspirazione delle ali del naso e sua cura.

In alcuni soggetti, al contrario di quanto normalmente accade, le narici si chiudono durante l'inspirazione, fino ad impedire del tutto l'entrata dell'aria nel naso, diguisachè, per respirare, è necessaria l'apertura ampia della bocca.

Tale fatto, indicato col nome di « aspirazione delle ali nasali », è permanente e bilaterale, aumenta durante gli sforzi corporali, e si sopprime allorquando viene introdotto nel naso uno speculo o un sollevatore.

La causa dell'aspirazione va ricercata nell'ipotonicità dei muscoli della narice durante l'inspirazione media, e alla loro mancanza di contrattura nell'inspirazione forzata.

Si tratta di un'anomalia congenita od acquisita, alla quale va in genere unita qualche lesione nasale, che ostacola la respirazione: deviazione del setto, creste, rinite ipertrofica, vegetazioni adenoidi, ecc.

Altra causa può essere rappresentata dall'ozena, per la vasta cavità creata dall'atrofia, che provoca al momento dell'inspirazione un brusco squilibrio tra la pressione esterna e quella intranasale.

La diagnosi è facile a farsi, ricorrendo alla semplice ispezione del naso durante i movimenti respiratori. Se quindi un malato si lamenta di disturbi di respirazione, nonostante che l'esplorazione istrumentale abbia dimostrato libere le cavità nasali, è necessario pensare anche alla possibilità che si tratti di aspirazione delle ali.

La cura può esser fatta per mezzo di una correzione passiva, introducendo nel naso dei piccoli apparecchi che mantengono beanti le aperture. Ma tale sistema non ha che un valore profilattico.

Converrà invece praticare una correzione attiva, rieducando la muscolatura nasale ai suoi movimenti normali.

Si userà quindi, come consiglia Feldstein (*Paris Méd.*, n. 28, luglio 1925) l'elettrizzazione, il massaggio, e, sopratutto, l'esercizio fatto con un metodo speciale, di cui l'autore indica chiaramente nel suo lavoro i vari tempi. M. FABERI.

L'azione dei bagni di luce su alcuni casi di sinusite frontale acuta e subacuta.

Guida (*Arch. Ital. di Laringologia*, fasc. II, 1925), dopo d'aver parlato sull'etiologia, sui sintomi e riferito ampiamente sulle varie alterazioni anatomopatologiche delle sinusiti frontali acute e subacute, presenta diversi casi affetti da tale malattia e sottoposti all'azione dei bagni di luce. L'A. ha potuto vedere delle risoluzioni e delle guarigioni abbastanza soddisfacenti con le applicazioni fatte mediante i bagni di luce che giungevano ad un grado di calore da 68° a 70°, eseguiti a giorni alterni per una durata di 15 minuti. L'A. non sostiene che le sinusiti frontali acute guariscono con le applicazioni di bagni di luce, ma ritiene, date le risoluzioni rapide delle sinusiti, che il calore a mezzo dei bagni di luce possa avere una influenza sulla mucosa tumefatta, determinandone la decongestione ed agevolando così lo scarico dell'essudato attraverso il canale naso-frontale precedentemente ostruito. Quindi consiglia di non trascurare mai questo metodo di cura nelle forme di sinusite frontale acuta e subacuta dati i risultati notevoli che si possono ottenere, prima d'intervenire chirurgicamente, il che alle volte è assai disastroso per la deformazione postoperatoria che deturpa l'estetica del viso. A. POZZI.

Il trattamento dell'angina di Vincent.

Fra i diversi metodi proposti, E. Feldstein (*Journal des praticiens*, 2 gennaio 1926) presceglie i seguenti:

1) Bleu di metilene. Spargere la polvere sull'ulcerazione o, meglio, spennellarla 2-4 volte al giorno con la soluzione: blu di metilene g. 2; glicerina g. 5; citrato di sodio g. 1; acqua distillata g. 5.

2) Acido cromico. Si usa una soluzione satura; se ne umetta un portatampone con cui si sfrega l'ulcera in modo da distaccarne la pseudomembrana e portare direttamente il caustico sulla superficie ulcerata. Si deve poi far subito gargarizzare il malato. All'indomani, l'ulcera è detersa, la fetidità del fiato è scomparsa e la piaga, verso il 3° giorno, è in via di cicatrizzazione. Nei casi gravi, si ripeterà l'applicazione verso il 4° giorno.

3) Arsenobenzoli e derivati. Localmente, applicare la polvere di arsenobenzol, solo o mescolandone 25 cg. con 10 g. di talco veneto. Meglio spennellare con: novarsenobenzol cg. 25; acqua distillata cmc. 2; glicerina neutra q. b. per cmc. 10. Nei casi ribelli, si faranno iniezioni endovenose di 15 cg., salvo a ripeterla dopo 4 giorni.

4) Bismuto e derivati. Si può applicare la polvere di sottonitrato sull'ulcera. È preferibile il tartrobismutato di sodio o di potassio, in sospensione oleosa a 1,5-10 per cento. Se ne spennella l'ulcera 4 volte al giorno. Questo medicamento ha il vantaggio di sopprimere l'elemento dolore.

fil.

La coriza cronica del bambino.

Trattare anzitutto la causa (malformazione delle fosse nasali, eredosifilide). Distaccare le croste con irrigazioni di acqua salata (a 50/1000). Far seguire l'irrigazione con un cucchiaio della seguente soluzione in 500 cmc. di acqua tiepida: acido fenico g. 20; alcool a 90° g. 50; glicerina g. 100; Acqua cmc. 350. Oppure si può usare: cloruro di sodio cg. 75; borato di sodio g. 3; acqua cmc. 100. Ripetere 3 volte al giorno. Si può anche usare il bicarbonato di sodio a 1 %.

Non usare il mentolo che è troppo irritante e provoca dolore.

Dopo l'irrigazione, introdurre nelle cavità nasali 7-10 gocce di gomenolo (1/20 in olio), oppure argento colloidale a 2 %, che è assai utile nelle secrezioni mucopurulente abbondanti.

Nella rinite sifilitica, usare la pomata al calomelano a 1/10.

Trattamento generale con olio di fegato di merluzzo, preparazioni iodate od arsenicali, bagni di mare.

(*Journal des praticiens*, 9 gennaio 1926).

fil.

Nella coriza con secrezione purulenta.

Coupart prescrive la polvere seguente da fiutare:

cloridrato di cocaina, cg. 10;
mentolo, cg. 15;
lattosio, g. 2.50;
polvere di caffè torrefatto, cg. 50.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'ipertonia muscolare trattata coll'intervento chirurgico sul sistema nervoso vegetativo.

Per spiegarsi l'attuale trattamento delle ipertonie muscolari bisogna richiamare le ricerche sul tono muscolare, già fatte dal Bottazzi, e le relazioni delle cellule muscolari col sistema vegetativo.

Questa primitiva concezione è stata oggetto di numerose ricerche, che J. Diez (*Prensa Médica Argentina*, n. 6, luglio 1926) riferisce per esteso. Ricorda le recenti ricerche di Sherrington sulla *rigidità decerebrata* coi due fenomeni di reazione di allargamento e di accortamento: tali fenomeni costituiscono il tono plastico.

Tanto Langelaan che Pieron asseriscono che il tono muscolare è in dipendenza del sistema simpatico. Royle sperimentando sulla capra con la decerebrazione, ha notato che l'arto su cui vien praticata l'enervazione simpatica perde il tono plastico. Queste manifestazioni del tono plastico — sparizione della reazione di adduzione e di estensione, impossibilità di mantenere le posizioni attive normali, soppressione della resistenza ai movimenti passivi — non si ottengono se la simpatectomia e la decerebrazione si effettuano nello stesso giorno.

È stato inoltre notato che la simpatectomia unilaterale fa migliorare l'arto opposto alla sezione nervosa. Ciò probabilmente dipende dal fatto che le vie intramidollari stabiliscono una relazione tra i due sistemi vegetativi.

Sono riportati e discussi i diversi metodi operatori sul simpatico; in 38 infermi la simpatectomia non ha mai dato nelle mani dell'A. i disturbi temuti a carico dell'apparato digestivo urinario e genitale, per cui crede che la resezione del simpatico lombo-sacrale sia superiore alla operazione di Royle, di Wertheimer e Bonniot, ed alla sezione dei rami comunicanti.

Tale operazione è indicata nella miotonia congenita o morbo di Thomsen, la contrattura riflessa di Babinski e Froment, la paraplegia spastica familiare o morbo di Strümpell, il morbo di Little, la degenerazione lenticolare progressiva o morbo di Wilson, la paralisi agitante o morbo di Parkinson, gli stati parkinsoniani post-encefalitici, la emiplegia cerebrale infantile ed infine le paraplegie spastiche da meningomielite.

Per ora però si conoscono solo i risultati di interventi in: morbo di Little, emiplegia spastica da proiettile, paralisi spastica congenita, paraplegia pottica.

L'A. riferisce d'un caso operato con paraplegia pottica. La miglioria maggiore si ottenne nel lato

opposto a quello operato, dopo resezione del simpatico nel tratto lombo-sacrale.

L'operazione permise al P. i movimenti passivi ed attivi degli arti, ed anche di restare in piedi, ma sostenendosi.

CARUSI.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. L. A., da A. I. F.:

Il R. D. Legislativo, 30 dicembre 1923, n. 2889, concernente la riforma degli ordinamenti sanitari, fu pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 15 gennaio 1924, n. 12.

C.

Il trypaflavin nella blenorragia. — All'abb. n. 5021:

Sembra che il *trypaflavin* abbia una certa azione contro le forme gonococciche attenuandone la sintomatologia: questo almeno risulterebbe dal lavoro di HOFFMANN e MERGELSBERGER (*Sulla cura generale della blen. femm.*) di cui è una breve recensione nel « Giornale Italiano delle malattie veneree e della pelle », 1921, p. 167.

V. MONTESANO.

Al dott. G. C., da V. d. T.:

Tutte le informazioni che giungono a nostra conoscenza su Corsi di perfezionamento vengono pubblicate nella rubrica « Notizie diverse ».

P.

Metalli colloidali ed anafilassi. — Al dott. A. G., da V. (Biella):

Anche con l'uso dei metalli colloidali possono aversi disturbi anafilattici. Per la stabilizzazione di queste soluzioni colloidali, si usano di fatto dei colloidali (gomma, gelatina, albumina) in quantità tali da potere spiegare il verificarsi di fenomeni di anafilassi. Le ricerche di Böttner dimostrano che il collargolo è anafilattizzante per l'animale. È quindi probabile che con tutti i metalli colloidali si possano avere effetti analoghi a seconda della quantità e della qualità del prodotto usato per la stabilizzazione.

fil.

Cura dell'elmintiasi. — All'abb. n. 3049:

Il metodo di Alessandrini contro i vermi intestinali consiste nella somministrazione del cloroformio (3-4 grammi per l'adulto) sciolto in olio di ulivo o in olio di ricino. Tutti i parassiti intestinali risentono l'azione del farmaco, sia quelli che vivono nel tenue (Ascaridi, Anchilostomi); quanto quelli che risiedono nel cieco od anche nel retto (Ossiuridi, Tricocefali).

Per la cura dell'anchilostomiasi, è anzitutto sconsigliabile l'olio di chenopodio, per i fenomeni tossici che provoca. Largamente usato è invece ora il tetracloruro di carbonio; per i particolari su questo metodo, veda a pag. 16 dell'anno 1924 del nostro giornale.

Contro i tricocefali, che nella maggior parte dei casi sono ospiti innocui, è consigliato il timolo secondo la ricetta di Hager e Hausmann: Timolo g. 2; Olio di olive g. 4; Gomma arabica g. 2; Acqua distillata g. 60. Da prendere per 3 giorni di seguito, 1 cucchiaio all'ora, al mattino a digiuno.

fil.

Al dott. A. Dalla Torre, da Rovereto:

Sul *Codice delle piante medicinali* troverà tutte le indicazioni richieste. È dovuto alla collaborazione di un botanico, il prof. CORTESI, di un chimico, il prof. CARLINFANTI, e di un farmacologo, il prof. VALENTI. Per l'acquisto, si rivolga alla « Federazione Pro Montibus », piazza Montecitorio, 115, Roma (20) o presso i principali librai. Prezzo L. 50.

fil.

VARIA.

Orgoglio ed umiltà in medicina.

Uno dei più notevoli effetti dell'orgoglio è quello di produrre nello spirito le certezze premature, certezze che, quando si manifestano nel medico, diventano ben spiacevoli per il malato. Dal giorno in cui esse prendono possesso, (e vi sono caratteri per cui tutto è chiaro, preciso e certo) la prudenza del medico scompare; è allora la corsa sfrenata alle avventure terapeutiche che scombussolano e aumentano le reazioni curative naturali. Disastrose per i clienti, le certezze provocano guasti non indifferenti nella mentalità stessa del medico; questi, aumentando la confidenza in sè stesso, tende a ridurre l'attività critica e ad annichilare le obiezioni, compiacendosi nelle affermazioni perentorie. Si smorza la curiosità dello spirito e l'individuo, così sicuro di sè, vive delle nozioni che ritiene decisive e non si preoccupa più della necessità di verificarne il valore, nè delle incognite che lo circondano. L'orgoglio medico porta nel cervello la notte, popolata di errori e di chimere.

Non è senza fatica che il medico pratico può tentare di vedere chiaro nelle spesse brume che lo circondano; guai se si lascia sedurre dall'autorità del maestro audace che pronuncia degli oracoli! Gli errori e le imprudenze scontati a prezzo

della vita o del benessere dei malati non si contano. Per restare ai nostri tempi, basti citare la puntura della milza nella tifoide, l'uso dei naftoli nelle malattie gastriche, le iniezioni clorurate nell'uremia, la pratica dei salassi abbondanti seguiti dalle iniezioni endovenose di siero antipneumococcico nell'influenza, i metodi di « shock » nelle malattie infettive, ecc. Il maestro che lancia un metodo terapeutico pericoloso, non si accorge per il primo, dei danni e crede, in tutta buona fede, al valore del procedimento che raccomanda; la soddisfazione di averlo trovato gli obnubila la facoltà critica, sicchè egli non vede che le conferme fortunate, mentre gli insuccessi non contano.

Ora, non è permesso al medico di fare smargiassate; egli vive in mezzo a tante ignoranze che la sola umiltà deve regnare nel suo cuore. Se manca il rimedio specifico, egli si deve guardar bene dal turbare il corso delle operazioni misteriose che si compiono nell'organismo del malato ed agire sempre con circospezione. Il medico orgoglioso non ammette invece che il suo intervento sia meno efficace che il lavorio silenzioso dell'organismo che prepara la guarigione e, se la natura non gli obbedisce, egli pretende curvarla sotto la violenza esasperata della sua volontà; le iniezioni sono praticate nelle vene, nel rachide, nel cervello. Talvolta i risultati sono favorevoli, ma gli insuccessi ed anche i disastri non mancano. « Attenti », diceva Boerhave davanti al letto dei malati, « si tratta della pelle umana! ». E tanti secoli prima Ippocrate proclamava « experimentum periculosum ».

Forse l'atmosfera dei tempi in cui viviamo è favorevole allo sviluppo di questa mentalità; la nostra epoca non sembra sensibile che alle manifestazioni del numero e della forza bruta. La qualità conta poco in confronto della quantità, la quale è pur sempre, per la sua stessa natura, una massa inintelligente, grossolana e brutale. Ed anche la pratica medica risente di queste tendenze e si lascia guadagnare da una certa brutalità ed ecco che, per esempio, per usare i sedicenti sieri terapeutici della meningite, si trapana fin dal primo giorno il cranio e si introducono nei ventricoli!

Il malato è considerato come un essere senza reazioni vitali su cui si devono abbattere, tutte le randellate della terapeutica moderna; i malati non protestano e pensano che la terapia, purchè sia nuova, è connessa con la necessità del miracolo; e nemmeno protestano quelli che, ad esperienza terminata, sono morti!

Spetta ai medici, a quelli che seguono con occhio attento i movimenti dell'arte di guarire, di far sentire le obbiezioni della critica, di quella che, pur plaudendo ad ogni progresso reale, si guarda bene dal ritenere che tutto è superiore nelle acquisizioni dell'ultima ora. Molte scorie vi sono nella congerie dei fatti nuovi che ogni giorno ci viene apportata, scorie che dobbiamo eliminare nell'interesse dei malati e della stessa medicina.

fil.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

ROFFO A. H. *Granuloma lipofágico de la mama.* — Buenos Aires, Imp. de la Universidad, 1925.

ROMANO GENNARO. *Sulle fratture del collo del femore.* — Napoli, U. e R. Rapalo, 1924.

ROSSI FRANCO. *La trasfusione sanguigna.* — Milano, Stucchi & Ceretti, 1924.

SALMONI GUIDO. *Relazione Sanitaria per il 1924 del Dispensario d'Igiene sociale di Schio.* — Schio, Tip. Pasubio, 1925.

SALPIETRA F. *La cura del cancro con gli aghi radiferi.* — Palermo, Francesco Sanzo, 1924.

SALVADORI GIUSEPPE. *Ricerche sui rapporti funzionali fra timo e tonsille palatine.* — Biella, Tip. G. Magliola, 1925.

SAMAJA NINO. *Studi di Medicina Sociale.* — Bologna, Stab. Poligr. Riuniti, 1924.

ID. *Calcificazioni simmetriche del sottocutaneo in un tabetico.* — Estratto Boll. Sc. Mediche, 1925, vol. I.

SARTORI DOMENICO. *La Tubercolosi.* — Arco, Tip. Andreatta, 1924.

SARRI U. *Sulla tubercolosi nella Provincia di Massa Carrara.* — Verona, N. Bettinelli, 1925.

SALVATORE LEONE. *La lotta contro il tracoma e la profilassi visiva in provincia di Girgenti (1924).* — Siracusa, Santoro, 1924.

SÉRARRE J. J. *Modifications de la founction uréosécrétoire au cours de la cure de Saint Nectaire.* — Cahors, Imp. Typ. Coneslant, 1925.

SIMONE MATTEO. *Traumi ginecologici fuori gravidanza.* — Roma, Stab. Poligrafico, 1923.

CASTIGLIONI ARTURO. *Il salasso nell'arme gentilizia dei Manfredi, Signori di Faenza.* — Zurigo, Seldwyla.

TENCONI A. *L'indice refrattometrico del siero di sangue nell'età infantile.* — Modena, Tip. Imm. Concezione, 1924.

VACCAREZZA RAOUL F. *La Anquilostomosis en la República Argentina.* — Buenos Aires, E. Spinelli, 1924.

ID. e DESTEFANO F. *Tratamiento de la Anquilostomosis por el tetracloruro de Carbono.* — Buenos Aires, E. Spinelli, 1924.

VACCARI LUIGI. *Del contributo alla tecnica chirurgica portato dal prof. G. Ruggi.* — Brescia, Tip. Pio Istituto Pavoni, 1907.

VIANA O. *Contributo allo studio del taglio cesareo addominale nella placenta previa.* — Città di Castello, Unione Arti grafiche, 1924.

VIOLA DOMENICO. *L'igiene della caserma e delle esercitazioni fisiche militari.* — Genova, G. Iambolino e F., 1925.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LIX. – Licenziamento anticipato per fine del periodo di prova.

Già altra volta segnalammo una decisione della V Sezione del Consiglio di Stato la quale aveva dichiarato illegittimo un licenziamento per fine del periodo di prova deliberato con anticipazione notevole dal termine normale previsto dalla legge. In quel caso, il licenziamento era stato deliberato dal Consiglio comunale cinque mesi prima del biennio, cioè con anticipazione di due mesi dal termine normale. Questa risoluzione, che era nuova almeno per i medici condotti e che fu accolta con qualche riserva, è stata recentemente confermata, nella sua sostanza, dalla IV Sez. del Consiglio di Stato con decisione 18 giu. 1926 n. 313.

Ha considerato la IV Sezione che il periodo di prova fu dal legislatore stabilito nell'interesse del medico condotto e del servizio sanitario. Sicchè, se « non risulti palese la prova mancata o si verifichino necessità d'ordine superiore, è logico che il sanitario abbia a disposizione tutto il tempo utile per dimostrare le sue attitudini ed il Comune o il Consorzio per accertarle ». Soggiunge la decisione suddetta che oltre a violare lo spirito della legge, commette un palese eccesso di potere il Comune che delibera il licenziamento per fine di prova del medico condotto varî mesi prima della scadenza del periodo di esperimento con l'evidente scopo di ottenere una libertà di movimento che una legge prossima allora ad essere pubblicata (R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889) poteva limitare, e non già perchè fosse stato irrimediabilmente constatato il fallimento della prova o perchè l'interesse del servizio sanitario lo reclamasse, ma per uno scopo giuridicamente immorale qual'è quello di approfittare delle more della pubblicazione di una nuova legge per eluderla.

Prescindendo dal caso speciale, è qui da rilevare il principio di massima che viene confermato dalla IV Sezione. Si intende che si deve poi tener conto dei singoli casi speciali. Ma allo stato della giurisprudenza si può ritenere che qualora il licenziamento non motivato sia stato deliberato per fine del periodo di prova, con marcata e notevole anticipazione, il provvedimento non sia legittimo.

LX. — Licenziamenti dissimulati.

Una delle forme più comuni usate per dissimulare licenziamenti determinati da motivi personali è quella della modificazione dell'organico e della soppressione di uffici. La discrezionalità dell'atto è normalmente così ampia che copre, senza grandi difficoltà, e rende insindacabili fini personali dissimulati. Ma, a prescindere da altre indagini e dalla possibilità di provare con ogni mezzo la simulazione dell'atto, un controllo è possibile anche sulla base degli elementi obbiettivi della riforma stessa. Così, per es., la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 28 maggio 1926, n. 176, ha annullato il licenziamento di un impiegato titolare di ufficio perchè dall'esame obbiettivo della riforma organica risultava che l'ufficio non era stato soppresso ma era stato ad esso tolta una parte delle attribuzioni con cambiamento di denominazione, mentre il bilancio comunale, anzichè alleggerito, veniva gravato di nuovo onere, cioè degli assegni dovuti al titolare licenziato e della retribuzione del nuovo titolare dell'ufficio diversamente denominato e ridotto di attribuzioni. Questo esempio giova a intendere meglio il criterio direttivo: qualora la riforma, per elementi obbiettivi, dissimuli manifestamente un licenziamento per altri motivi, il provvedimento deve essere dichiarato illegittimo.

LXI. — Norme fondamentali per i concorsi.

Delle condizioni di legittimità dei concorsi ad impieghi pubblici ci siamo più volte occupati, segnalando specialmente il criterio rigoroso che, sia pure entro i limiti consentiti dal sindacato di legittimità, il Consiglio di Stato ha applicato al fine di assicurare, per quanto possibile, il fine ultimo del concorso, cioè la scelta del più idoneo al posto. Per esperienza professionale ho avuto occasione di esaminare ormai molti verbali di Commissioni ed ho dovuto rilevare spesso la sommarietà dell'esame e del giudizio e talvolta anche l'applicazione di criteri non uniformi e la omissione della valutazione di titoli apprezzabili. Mi rendo perciò conto della tendenza rigorosa della giurisprudenza, in questa materia. Credo non inutile ricordare, come altro esempio, la decisione 28 maggio 1926, n. 171, della V Sezione del Consiglio di Stato, la quale, richiamando la giurisprudenza costante della stessa Sezione e della IV, ha dichiarato che la Commissione giudicatrice di un concorso — in quanto è grande il potere che le è concesso perchè il suo giudizio è nel merito insindacabile — deve di regola prefiggere a se stessa preliminarmente i principi direttivi, applicabili ai concorrenti singolarmente e comparativamente considerati e deve concludere quindi con una graduatoria che risulti chiaramente essere l'inferenza logica, necessaria di quelle premesse.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

QUESTIONI UNIVERSITARIE.

Titolo professionale e titolo accademico.

Il Consiglio dei Ministri nelle ultime sedute ha approvato uno schema di provvedimento che modifica gli studi d'ingegneria. Il corso di studi continua ad avere la durata di 5 anni: è però diviso in un biennio di studi propedeutici ed un triennio di studi di applicazione. Quest'ultimo corso non porta al conseguimento della laurea, di cui può considerarsi un duplicato l'esame di Stato. Per essere ammessi all'esame di Stato, che abilita alla professione d'ingegnere, basta aver compiuto il prescritto corso di studi e superati tutti gli esami speciali.

Saranno però istituiti presso le scuole d'ingegneria corsi complementari della durata di almeno un anno, tanto per materie tecnico-scientifiche quanto per materie giuridico-economiche, corsi da frequentarsi dopo finito il corso ordinario di studi e che conducono ad un esame generale di laurea per il conseguimento del titolo di dottore in ingegneria.

Quest'ordinamento si adatterebbe molto bene agli studi di medicina. E noi vogliamo invocare qualche analogo provvedimento.

Il corso degli studi di medicina e chirurgia potrebbe dividersi in due parti: l'una scientifica di materie preparatorie; l'altra invece di applicazione alla clinica.

Esiste senza dubbio una qualche difficoltà per separare nettamente le due parti del corso di studi, perchè alcune materie che si sogliono definire precliniche è discutibile in quale dei due gruppi possano collocarsi. Come tali si considerano la patologia generale, parte dell'anatomia patologica, la farmacologia, la microbiologia.

Una difficoltà, un problema discutibile, non sono inciampi che debbano impedire una riforma, se per altre ragioni è utile.

Io ritengo utilissima la separazione in due periodi degli studi medici. Non già per coloro (pochi invero) che iniziati gli studi medico-chirurgici non amino progredire, ma sopratutto per la natura stessa dell'insegnamento. Gli studi di fisica, chimica, scienze naturali, anatomia e fisiologia, dovrebbero avere carattere essenzialmente biologico, indirizzarsi ai grandi problemi della vita, specialmente della vita animale; formare quindi una mentalità naturalistica, allenare alla tecnica e alla metodica dei vari elementi dell'esperimento. Questa *forma mentis* è indispensabile, è preliminare perchè un giovane abbia la capacità di apprendere con coscienza le alterazioni degli organi e delle funzioni e l'evoluzione di ambo le alterazioni.

Ma questa *forma mentis* naturalistica assai gioverebbe a un grande numero di altre persone. Non voglio fare un elenco troppo ricco. Ma ai futuri filosofi, ai puri naturalisti, a molte persone che vogliono diventare veramente colte, una approfondita conoscenza di biologia e specialmente le nozioni sulla costituzione e funzionamento del corpo umano darebbero una forza, un indirizzo, che sarebbe proficuo. Accenno appena, per scendere ad argomento più pratico, che la divisione del periodo di studi medici gioverà se, in un avvenire ch'io mi auguro non troppo remoto, ci si deciderà a separare dal grosso ceppo della medicina e chirurgia, alcune branche che, come la odontoiatria, meriterebbero di costituire un gruppo di insegnamenti separati e distinti.

Discende logico da quanto sopra che se il primo periodo d'insegnamento medico dovesse assumere un carattere nettamente scientifico, le materie *precliniche* dovrebbero essere alla base del secondo periodo cioè rappresentare la prima e preliminare parte del secondo periodo, del periodo di applicazione.

Questo deve svilupparsi con carattere essenzialmente clinico. Gli studenti sono portati all'esame diretto dei malati, alla constatazione dei fenomeni morbosi, alla loro interpretazione per la diagnosi, ai vari mezzi per modificarne l'andamento cioè alla terapia, addestrandosi così nell'esercizio medico-chirurgico, e formando in più l'abito medico e l'esperienza personale.

Sono anni di vera pratica quelli passati nelle cliniche. Il giovane che abbia inoltre dimostrato di possedere in ciascuna branca della medicina e nelle collaterali parti della medicina sociale, cioè sulle questioni di igiene e di medicina legale, una sufficiente preparazione, è bene in grado di affrontare l'esame di Stato che l'autorizza all'esercizio professionale. Sarà un vantaggio per lui se non dovrà preparare una *tesi di laurea*. Raramente la tesi rappresenta qualcosa di più di una rivista sintetica consigliata e diretta, oppure un saggio di tecnica sperimentale anche essa guidata e sorvegliata. Tali saggi non danno certamente nè forza nè attitudine sufficienti perchè il giovane impari a lavorare per suo conto: lo distraggono dalla clinica e gli tolgono un tempo prezioso. L'esame di laurea nulla aggiunge e molto toglie alla preparazione pratica del futuro professionista. Basta il passaggio negli esami speciali, se l'esame di Stato è fatto regolarmente e diviene barriera contro gli impreparati e gli inetti.

Al contrario il titolo di dottore in medicina conseguito dopo almeno un anno dalla fine degli studi, nel quale tempo il giovane può applicarsi

a qualche materia di sua scelta, nel quale tempo egli può preparare una tesi dottorale con comodo e con pace, rappresenta bene un grado superiore di coltura. La laurea dottorale può convenire al medico chirurgico, già abilitato all'esercizio professionale, può precedere l'esame di Stato, può bastare a quelli che intendono dedicarsi agli studi o alla carriera scientifica senza preoccuparsi dell'esercizio professionale.

Io oso concludere che se la recente riforma conviene agli studi di ingegneria, essa certamente si adatta benissimo agli studi medico-chirurgici; toglierebbe l'aspro disagio in cui vivono i nostri studenti degli ultimi anni di corso e gioverebbe moltissimo sopratutto alla diffusione della coltura naturalistica. Il che a me pare il non minore dei vantaggi

V. ASCOLI.

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Sussidi ai Comuni colpiti da endemia pellagrosa.

Il Ministero dell'Interno — Direzione Generale di Sanità Pubblica — ha diretto ai sigg. Prefetti la seguente circolare:

« Con Decreto Ministeriale in data 25 giugno u. s., è stata ordinata a favore di V. S. una anticipazione per la distribuzione di sussidi ai Comuni di codesta Provincia, colpiti da endemia pellagrosa, quale concorso nelle spese che essi debbono sostenere agli effetti degli articoli 182 e 192 del Testo unico delle Leggi sanitarie, e dell'art. 74 del R. Decreto 30 dicembre 1923, numero 2889.

« Si richiama la particolare attenzione della S. V. sulla necessità che le provvidenze e le istituzioni contemplate per la cura e la prevenzione della pellagra, siano mantenute in piena efficienza anche se la malattia attualmente siasi attenuata o ridotta a pochi casi.

« Trattasi, infatti, di provvidenze (come il funzionamento di cucine economiche, di forni rurali, di vigilanza sanitaria sul mais) oltre che di interesse sociale, di grande importanza ai fini sanitari ed in particolare per la profilassi della pellagra, poichè la soppressione di esse potrebbe costituire causa di ricomparsa della malattia, o di aggravamento di questa in località nelle quali ora è in diminuzione.

« Ad evitare tale pericolo l'art. 74 del R. Decreto legislativo 30 dicembre 1923, n. 2889, dispone che le provvidenze profilattiche contro la pellagra continueranno ad aver vigore fino a tre anni dopo la revoca della dichiarazione di endemia, di cui all'art. 181 del Testo unico delle Leggi sanitarie.

« Siccome, poi, è avvenuto che, da parte di alcune Prefetture, sono stati riversati i fondi che erano stati loro anticipati sui bilanci di precedenti esercizi, dichiarando che nessun sussidio era stato richiesto dai Comuni, devesi avvertire che tale circostanza non potrà, dal Ministero, ritenersi sufficiente a giustificare il mancato intervento da parte dei Comuni nei quali esistono ancora pellagrosi, ed in cui, per il prevalente consumo di mais effettuato dalla popolazione, permane il pericolo di una ricomparsa della malattia.

« Occorre quindi, che in questi casi l'Ufficio sanitario provinciale si assicuri della esatta osservanza delle disposizioni di legge, promuovendo i necessari provvedimenti d'ufficio nel caso si constati inadempienza ».

p. *Il Ministro*: MESSEA.

Cure fisiche ed affini.

Un decreto ministeriale in data 15 agosto reca aggiunte alle istruzioni annesse al decreto ministeriale 30 apr. 1921, relativo ai registri degli stabilimenti di cure fisiche ed affini, ai materiali per uso radiologico ed anti-X.

Cronaca del movimento professionale.

Secondo elenco della sottoscrizione per l'assistenza degli orfani dei medici morti in guerra.

Totale 1ª sottoscrizione	L.	982 —
Gli allievi aspiranti sottotenenti medici e farmacisti durante il corso alla Scuola di Sanità Militare di Firenze	»	1164 80
Dott. A. Mastrostefano (Napoli) . .	»	50 —
Dott. cav. Bartolucci (Cairo) . . .	»	40 —
Prof. Silvagni	»	40 —
Magg. med. Perrilli	»	40 —
Dott. E. Ballerini (affrancazione lire 40 e L. 30 per onorare la madre del dott. G. Pugliesi)	»	70 —
Prof. comm. Carruccio (Roma) . . .	»	40 —
Dott. Ambrogio Bertarelli (Milano) .	»	40 —
Dott. F. Ricotta (Castelvieri) . . .	»	40 —
Dott. G. Rolle (Brozole)	»	30 —
Ten. me.d in S. A. P. Sansoni Carlo (Torino)	»	320 —
Dott. Bambini Italo (Sesti Fiorentino)	»	10 —
Dott. S. A. Marino, direttore Ospedale Civile di Buenos Ayres . . .	»	1000 —
Dott. Domenico Riva (in occasione delle onoranze tributate al prof. A. Riva)	»	1000 —
Dott. Eligi Masciotta (Casacalende)	»	40 —
Sezione Toscana Federazione Italiana Medici Infortunisti	»	50 —
Medici dell'Arcispedale S. Maria Nuova in Firenze (per onorare la memoria dei colleghi Landini, Mucci e Bosi	L.	651 —
Totale . . .	L.	5607 80

Si raccomandano vivamente gli Ordini dei Medici a versare la quota del 1926. Le somme vanno dirette al Segretario Generale dell'Opera Assistenza Orfani dei Medici morti in guerra: capitano medico F. Bocchetti, Anzio (Roma).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Per sobborgo San Michele; lire 7000 e 4 quinquenni dec.; addizion. L. 4 oltre il 5 % degli iscritti; c.-v.; L. 300 uff. san.; L. 300 supplenza; L. 500-1800 trasp.; ab. 2342; età lim. 40 a.; tassa L. 50. Serv. entro 15 gg. Scad. 31 ott.

BARI. *R. Clinica ostetrico-ginecologica.* — Sono disponibili 4 posti di assistente volontario. Vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I ».* — Cercasi direttore del Laboratorio di chimica, microscopia, batteriologia e anatomia patologica. Vedi fasc. 40. Scad. 15 ottobre.

BRUGNATO (*Spezia*). — Proroga a tutto 31 ott.

CARRARA. — Al 31 ott., 7ª zona; età lim. 30-45 a.; ha. 900, ab. 4500, pov. 362; L. 9500 e 5 quinq. dec., oltre L. 1500 cav., c.-v. Docum. a 3 mesi. Accettaz. entro 15 gg. Rivolgersi Ufficio san. Chiedere ann.

CASTELLUCCIO SUPER. (*Potenza*). — A tutto 25 ott. Vedi fasc. 41.

FIUME. *R. Prefettura per la Provincia del Carnaro.* — Uff. san. del capoluogo; proroga al 30 ottobre.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 5 nov., ore 15; 15 assistenti di cui 5 med., 6 chir., 1 special. in pediatria chirurg., 1 in ost.-gin., 1 in otorinolaringoiatria, 1 in pediatr. med.; L. 4500 oltre L. 8 guardie diurne e L. 10 guardie notturne; età mass. a. 30 (35). Titoli ed esami. Chiedere ann. Rivolgersi segreteria (Ospedale S. Martino).

IMOLA (*Bologna*). — Alle ore 12 del 20 nov., esami e titoli: uff. san.; L. 14,000 e 5 quadrienni dec.; indenn. serv. L. 2000; c.-v. Rivolgersi segreteria del Comune.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. al 31 ott. Vedi fasc. 41.

PARMA. *Ospizi Civili.* — Chirurgo comprimario dell'Ospedale Maggiore; L. 5000 e partecipaz.; scad. ore 16 del 25 ott.; età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg. Biennio di laurea e di assistentato o aiuto in reparto chirurgico di grande Osped. o in Clin. chir. Chiedere annunzio.

PELLEZZANO (*Salerno*). — Stip. lordo L. 6500, più L. 3000 obbl. vettura. Aum. decimo 4 quadr. Scad. 3 nov. Rivolgersi locale segreteria comunale.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

ROMA. *Società Anonima Fiuggi.* — Direttore dello Stabilimento in Fiuggi; vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

VERNOLE (*Lecce*). — Scad. 25 ott.; L. 8500 e 5 quadrienni; p. cavallo L. 2000; addizion. oltre 1000 pov.

Revoca di diffide:

Grumello Cremonese (Cremona).

NOTIZIE DIVERSE.

Società Italiana di Medicina interna.

E' stata diramata la seguente circolare:

Chiarissimo Collega,

Ho il doloroso dovere di annunciare la morte improvvisa del prof. Luigi Lucatello membro del Consiglio direttivo e ora anche presidente del Comitato ordinatore dell'imminente Congresso di Padova.

Lo strazio del dolore per la perdita del mio Allievo carissimo mi toglie la forza di ricordare le sue preziose qualità. Sono ben note ai colleghi tutti della Società nostra.

Devo invece avvertire che egli aveva con la abilità e la solerzia in Lui consueta già predisposto l'organizzazione del Congresso indetto per il 25-28 ottobre.

Il Congresso avrà luogo egualmente all'epoca indicata. Sarà un Congresso « in gramaglie ».

Il nostro collega Cevolotto, segretario del Comitato ordinatore, il quale godeva la stima e la confidenza del suo Maestro, saprà dare attuazione al piano preparato, e avrà l'appoggio del prof. Mario Donati per i rapporti con il contemporaneo Congresso di chirurgia.

La Giunta del Consiglio direttivo, conservando al collega Cevolotto la fiducia in lui riposta dal prof. Lucatello, è convinta di avere in tal modo assicurata la buona riuscita del Congresso.

Il presidente
Prof. E. MARAGLIANO.

Servizio alloggi al Congresso di Medicina interna.

La organizzazione del Servizio Alloggi pei Signori Congressisti è stata assunta dall'E. N. I. T. (Ente Nazionale per le Industrie Turistiche), ente parastatale che, per lunga esperienza, affida di curare questo servizio nel modo migliore.

Chi intende valersene deve riempire un apposito modulo, da richiedere all'Enit (presso la Clinica medica di Padova), e inviare un anticipo di L. 25 a persona.

Non potendo collocare tutti i Signori Congressisti in Padova città, verrà data la preferenza ai primi aderenti. Esaurita la riserva di stanze a disposizione, si provvederà, per gli altri, l'alloggio negli alberghi principali di Abano Terme distante da Padova 9 km. e collegato con la città con tram elettrico e ferrovia. Verranno istituite corse speciali tramviarie per i Signori Congressisti.

Il Congresso Italiano delle Scienze.

Il Comitato ordinatore del Congresso, che si doveva tenere a Bologna dal 23 al 29 settembre ma che è stato rimandato a causa dell'anticipo degli esami di maturità, ha deciso, d'accordo con la presidenza della Società per il progresso delle Scienze, che il Convegno abbia luogo dal 30 ottobre al 5 novembre.

III Congresso Nazionale di Medicina Legale in Firenze.

Questo Congresso, stante la coincidenza della riunione in Roma delle Commissioni giudicatrici dei Concorsi, è stato rinviato ad epoca da destinarsi.

Comitato d'igiene della Società delle Nazioni.

Si è adunato a Ginevra il 19 e il 20 giugno, sotto la presidenza del dott. T. Madsen. Ha approvato un progetto d'intesa con l'Ufficio internazionale d'igiene pubblica, residente a Parigi, in merito alla denunzia delle malattie epidemiche prevista dall'art. 1° della Convenzione sanitaria internazionale del 1926. Ha deciso l'istituzione di un Ufficio epidemiologico pan-africano, che abbia carattere di centro d'informazioni scientifiche, più che di notificazioni amministrative; se ne farà un'esperienza preliminare ed avrà sede ad Algeri. Si è stabilito per la successiva adunanza la data del 13 ottobre, subito dopo il viaggio in Sicilia della Commissione malariologica.

Pel nuovo Ospedale Maggiore di Milano.

Unitamente ai padiglioni della Città clinica universitaria, sostituirà il vecchio e monumentale edificio di via Ospedale. Intanto l'Amministrazione ha vinto, con una sentenza della Corte d'Appello, una causa intentata contro i venditori di un terreno acquistato al disopra della Villa Lonati. Una Commissione, eletta per metà dal Consiglio Ospitaliero e per metà dal Sindaco di Milano, per lo studio e la compilazione del programma e del bando di concorso per la costruzione del nuovo Ospedale, ha approvato il bando di concorso pubblico ad unico grado, a tal uopo predisposto, per incarico di un Comitato scelto, nel seno della Commissione stessa, dal segretario generale degli Istituti Ospitalieri.

Al Sanatorio dell'Ariccia.

Con Decreto Ministeriale 2 agosto 1926, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18 agosto, n. 191, il Ministro per l'Interno dichiara sciolto il Consiglio di amministrazione dell'Istituto chirurgico ortopedico e Sanatorio del « Giornale d'Italia » in Ariccia, affidandone la gestione ad una Commissione composta dal principe don Ludovico Chigi, presidente, dal barone Leone De Renzis Sonnino e dalla medaglia d'oro prof. Amilcare Rossi. Ciò allo scopo di provvedere alle opportune riforme nell'ordinamento di detto Istituto, per coordinarne l'azione agli interessi attuali e durevoli della pubblica beneficenza e per ridurre le spese di gestione.

Gabinetto d'analisi presso l'Associazione Marinara.

È stato aperto in seno all'ufficio medico della A. M. F. un gabinetto per analisi cliniche, sierologiche e batteriologiche, ove i medici di bordo potranno indirizzare i marittimi che avessero bisogno di speciali indagini diagnostiche. Tutti gli esami saranno eseguiti gratuitamente per i marittimi (ufficiali e bassa forza) regolarmente inscritti all'Associazione.

L'Accademia Medica Aesina.

Si è adunata il 27 settembre nell'Ospedale Civile di Jesi. Il prof. A. Rapisarda ha svolto brillantemente il tema « Sieroterapia e vaccinoterapia nelle malattie infettive ».

La tariffa dei medicinali.

La R. Prefettura di Roma comunica:

« Il 1° novembre prossimo entrerà in vigore la tariffa ufficiale per la vendita medicinali, la quale ogni farmacia deve tenere esposta al pubblico giusta R. D. 7 dicembre 1923.

Gli esemplari delle tariffe dovranno richiedersi esclusivamente e direttamente al Ministero delle Finanze (Provveditorato Generale Stato) mediante cartolina-vaglia di L. 12 compresa la spesa di spedizione e che la richiesta potrà essere fatta da chiunque ne abbia interesse, segnatamente i Comuni e le Opere Pie ».

" La difesa della stirpe ".

È il titolo di un nuovo periodico bimestrale pubblicato dalla Unione Italiana di Assistenza all'Infanzia. Ha lo scopo di far conoscere quanto si fa per l'assistenza all'infanzia, quanto si potrebbe fare e come, nelle attuali condizioni di penuria di mezzi e nelle migliori condizioni che si riuscirà man mano a realizzare in Italia. Preparerà il pubblico all'applicazione sempre più estesa della legge Federzoni, la quale presuppone un grado di coltura che ancora difetta in Italia e che bisognerà raggiungere.

La pubblicazione ha sede presso il Comitato Centrale della C. R. I. (via Toscana 12, Roma) ed è diretta da un animoso e fervente apostolo e studioso, il prof. Tullio Rossi Doria. Non dubitiamo che saprà affermarsi, diffondersi, rendersi utile: in tal senso formuliamo i nostri cordiali auguri.

Servizio medico per studenti.

È stato organizzato presso l'Università di Wisconsin (Stati Uniti) e funziona egregiamente; comprende un'infermeria — vero ospedale autonomo, separato dall'Ospedale Generale —, 9 medici a stipendio fisso, 2 infermiere, 2 tecnici e 5 impiegati. Gli studenti pagano dollari 3.5 ogni semestre ed hanno diritto alle visite mediche, con libera scelta, e al ricovero nell'infermeria, anche per l'intero semestre; di più una convenzione con la scuola medica consente le consultazioni da parte degli insegnanti, senza spese supplementari. Degli 8000 studenti che annoverava l'Università nel 1925 si sono valsi dell'infermeria, per visite ambulatorie: il 61 % dei maschi, l'83 % delle femmine; le ammissioni all'infermeria hanno raggiunto il numero di 1819.

Eccesso di medici in Argentina.

L'« Istituto di Psicotecnica e Orientamento Professionale » di Buenos Aires pubblica i risultati

di un'inchiesta nel campo dell'insegnamento. Si rileva che il 60 % degli inscrivendi alle Università sceglie la carriera medica, e malgrado il 40-60 % ne siano riprovati agli esami di ammissione, il numero degli studenti di medicina si è più che raddoppiato nel corso di un decennio, passando da 3695 nel 1915 a 8137 nel 1924 per una popolazione che nel frattempo è aumentata solo da 8.000.000 a 9.600.000. L'eccesso di studenti pregiudica l'efficienza degli insegnamenti; il tempo, il lavoro e il denaro spesi per conseguire il diploma restano spesso inutilizzati, per l'eccesso di concorrenza che deriva dalla pletora: a Buenos Aires si conta già 1 medico ogni 750 abitanti e la situazione va peggiorando: non v'è da sorprendersi, in tali condizioni, se molti medici finiscono per diventare insegnanti di scuole medie o impiegati governativi.

La spesa che si deve sostenere in Argentina per seguire i sei anni di corso in medicina viene valutata a circa 150.000 lire it.

Proporzione di medici.

Secondo l'*Amer. Med.* (luglio 1926), negli Stati Uniti si ha 1 medico ogni 734 abitanti; in Inghilterra 1 ogni 1087 abitanti.

Inchieste scientifiche.

Il dott. Arthur MacDonald sta conducendo due inchieste scientifiche: 1) sulla fisiologia e psicologia della morte nell'uomo; 2) sul peso del cervello umano. Si rivolge all'uopo a Società scientifiche e a singoli. Indirizzo: The Congressional Apartments, 100 E. Capitol Street, Washington, D. C. (S. U. d'A.).

Una società contro il ciarlatanismo.

È stata organizzata in Germania e conta 26.000 membri; pubblica un organo ufficiale, intitolato « Gesundheitslehrer », con 19.000 abbonati. La partecipazione dei medici, direttamente interessati in quest'azione, è scarsa.

Missione in Colombia.

Il prof. Cunéo, chirurgo dell'Ospedale Lariboisière di Parigi, è partito per la Colombia (America Centrale), ove farà una serie di conferenze e dimostrazioni chirurgiche nelle tre Università. È accompagnato dal sig. Reinburg, che ha visitato a più riprese le repubbliche del Centro e Sud-America e che lo assisterà in questo viaggio di studi.

Un caso di zoofilia.

Nella casa della signora Ada Scavini di Faenza, morta carbonizzata per un fornello a spirito che le appiccò il fuoco alle vesti, si sono trovati 18 gatti, 12 cani e molti cadaveri degli stessi animali. Con testamento olografo ella ha lasciato 200 mila lire alla Società protettrice degli animali e 50.000 lire ad una conoscente, signora Lina Rava, perchè mantenga i cani e i gatti che la testatrice aveva in casa.

Luigi Lucatello.

LUIGI LUCATELLO era nato a Treviso il 30 luglio 1863. Era figlio delle opere sue, chè già a diciannove anni, perduto il padre, provava le durezze della vita. Da questa prova uscì vittorioso, e, a Genova, dove si era trasferita la sua famiglia, diveniva, ancora studente, assistente del prof. Gaetano Salvioli, patologo già illustre morto poi giovanissimo.

Come studente, durante la epidemia colerica, prestava la sua opera nel Lazzaretto di Genova e vi studiava batteriologia con Klebs e con Ceci; e iniziava la sua produzione scientifica con tre monografie anatomo-patologiche e batteriologiche in una delle quali dimostrava, prima di Filippoviz, Chantemesse e Widal ed altri il bacillo del tifo nel sangue splenico.

Laureato nel 1887, gli fu assegnata la medaglia d'oro, premio al miglior laureato, e vinse una borsa di perfezionamento all'estero, alla quale rinunziava. Nominato aiuto di Anatomia patologica, pur continuando gli studi della materia medica e della batteriologia, si dedicava anche a studi di fisiopatologia e di sierologia. Sono di quest'epoca i suoi lavori sull'antagonismo fra morfina e stricnina, i lavori sulla pneumonite in cui dimostrava l'azione piretogena dei prodotti solubili del pneu

mococco, il potere battericida specifico del sangue dei pneumonitici, le caratteristiche della pneumonite traumatica, ecc.

Già fin da quel tempo andava dimostrando quella sua particolare attività per cui non voleva limiti alle opere sue; ed infatti, oltre al normale lavoro di aiuto, riusciva ad espletare anche quello di aiuto volontario nella clinica medica del prof. Maragliano.

Libero docente in Patologia medica per esame nel '90, incaricato di corsi di microscopia e batteriologia clinica e di esercitazioni anatomo-patologiche, continuava la sua produzione scientifica che durò poi ininterrotta fino agli ultimi tempi, tanto che a più di 100 sommano i suoi lavori originali. E suoi nuovi temi furono il tifo studiato sia dal punto di vista clinico e batteriologico, sia da quello epidemiologico — anzi su questo argomento pubblicava una pregiatissima monografia nel Trattato di Cantani e Maragliano — le proprietà battericide del siero di sangue, il reumatismo articolare, ecc. Incaricato di Propedeutica medica nel 1893, medico primario negli ospedali di Genova nel 1895, libero docente di clinica medica nel 1897, dopo un concorso riusciva Patologo medico a Padova nel 1899, dove nel biennio 1901-03 veniva nominato anche incaricato di Pediatria.

Circa di questo tempo, pur continuando ad occuparsi in alcune memorie della immunità di fronte al bacillo di Koch e della pneumonite, iniziava i suoi studi sulla pellagra, studi nei quali determinava particolarmente il ricambio del pellagroso, e le sue condizioni ematiche. E ancora si occupava di studi sierologici con determinazioni di emolisine, di leucolisine a scopo terapeutico, di sieroterapia nella erisipela, di anticorpi nella cura delle anemie, ecc. E, dopo aver trattato dal punto di vista nosografico delle malattie del sangue nel Trattato italiano di patologia, determinava il valore terapeutico della inossigenazione nella cura delle sierositi, espletava delle indagini istologiche sui parenchimi intra vitam, della febbre nei tumori maligni del polmone, ecc.

Nel 1914, iniziata la guerra, offrì subito la opera sua, e fu nominato consulente del Corpo di Armata di Verona ed ebbe fin dai primissimi giorni attivissima parte, sopratutto come ispettore degli ospedali ed ospedaletti che andavano man mano impiantandosi, sulla opportunità e sulla organizzazione dei quali era chiamato continuamente a riferire. E successivamente, consulente delle Armate mobilitate, prestò l'opera sua con l'esercito operante, guadagnando la croce di guerra. Nominato Preside della Facoltà di medicina, organizzava nel 1916-17 il corso castrense per gli studenti sotto le armi, richiamando a Padova oltre 4000 allievi, e provvedendo alla loro istruzione con la organizzazione di nuove Cliniche e di nuovi Istituti.

Morto nel 1916 il prof. De Giovanni, la Facoltà con voto unanime lo chiamava alla cattedra di Clinica medica. Rettore nel 1919, tenne questi uffici fino alla morte. È frutto della sua particolare capacità organizzativa la preparazione e l'ottima riuscita delle feste per il VII centenario della Università di Padova, feste nelle quali volle e riuscì a riunire per la prima volta dopo la guerra gli scienziati di tutte le nazioni anche di quelle già nemiche. Da lui furono voluti i portoni di bronzo della Università, squisita opera d'arte fatti ad ammonizione e a ricordo dei 200 studenti soldati, caduti nella grande guerra. È frutto delle sue fatiche il consorzio che raccolse nel 1924 16 milioni dello Stato e degli Enti del Veneto, mercè i quali l'assetto edilizio della Università sarà presto un fatto compiuto. Per questo lo festeggiarono di recente i colleghi offrendogli una finissima medaglia d'oro.

Chi si facesse ad esaminare le caratteristiche della mentalità del prof. Lucatello si troverebbe di fronte ad una lucidità di visione, ad una chiarezza di idee che direi quasi cinquecentesca. Limpidezza nei problemi, semplicità nei mezzi, precisione in ogni cosa erano i suoi abiti mentali. Nella lezione e nelle trattazioni, nel comando e nella azione esigeva che nulla fosse di oscuro, di impreciso; non ammetteva si coprissero deficenze con frasi indeterminate od oscure elaborazioni nascondessero deficenze di pensiero. Non ammetteva che alcunchè si lasciasse al caso o alla improvvisazione. E la sua parola, i suoi atti, che parevano tanto spontanei e tanto precisi sortivano sempre l'effetto che Egli si riprometteva, tale era stata la praticità della preparazione e la cura della esecuzione.

Profondamente sensibile, era legato di vivissimo affetto ai suoi allievi e a quella sua Università di Padova che Egli concepiva faro di italianità verso l'Oriente.

Per questo il compianto per la sua dipartita è stato profondo ed unanime. G. CEVOLOTTO.

È morto a Udine, in età di 66 anni, il prof. GIUSEPPE MURERO, primario del Reparto Celtico dell'Ospedale e direttore dell'Ambulatorio Celtico Municipale. Lascia una ventina di memorie, concernenti in specie la radioterapia delle tigne e di altre malattie cutanee. U. I.

Ci giunge notizia della morte di EMILIO KRAEPELIN. Del grande psichiatra diremo in un prossimo numero.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Riforma Med., 22 mar. — D. TADDEI. L'ascesso prostatico metastatico. — G. SUNZERI. Azione degli estratti d'aglio sull'appar. cardio-vascol.

Nipiologia, lug.-dic. — B. GONZALEZ ALVAREZ. Eugenesia. — V. DELPINO. Il problema della razza.

Ann. di Clin. Med. e di Med. sperim., dic. — GIUFFRÈ. La genesi della febbre secondo i recenti studi. — PIAZZA. Lesioni pancreatiche diabetogene. — AMODEI. Struma della epyphisis cerebri. — RACCHIUSA. Metabolismo degli idrati di C. — LA MENDOLA. Contenuto del calcio nel sangue e reaz. di W.

Pensiero Med., 20 mar. — R. SUPPANZIG. Funzionalità epatica.

Prensa Méd. Argent., 28 feb. — M. R. CASTEX e D. GREENWAY. Entozoonosi e enterotossicosi.

Amer. Journ. Obst. a. Gyn., mar. — F. H. FALLS. Lo stetorespio vaginale per la diagn. precoce di gravid. — W. S. SMITH. Eresie ostetriche. — C. WHITE. Anelli di contraz. e di retraz.

Terapia Contemp., mar. — W. M. BECHTEREW. L'autosuggestione in terapia. — E. HAUSMANN. Le basi fisiologiche della palpazione.

Riv. San. Sicil., 1 apr. — G. FERNANDEZ. La sanocrisina.

Stomatol., apr. — G. SILENZI. Radiumterapia dei tumori della bocca.

Pensiero Med., 31 mar. — E. DAMIANI. La pallestesia.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 mar. — Numero sull'oftalmologia.

Bull. Acad. Méd., 23 mar. — F. ARLOING e A. DUFOUR. Compito del virus tbc. filtrabile.

Journ. Méd. Franç., mar. — Numero sui gonococchi.

Ann. d'Ig., mar. — G. TIZZONI e P. BARDELLI. Siero antitetanico. — U. DEGANELLO. Condizioni igienico-sanitarie dell'Italia.

Journal A. M. A., 20 mar. — W. H. THEARLE. Frenicotomia nella tbc. — E. A. POHLE. Campionamento dei raggi ultraviol. — T. J. HARRIS. Risultati lontani della splenectomia.

Speriment., 1-II. — G. FAVILLI. Febbre mediterranea e aborto epizootico. — M. EINAUDI. Grandezza cellulare e nucleare nei neoplasmi maligni.

Münch. Med. Woch., 26 mar. — PLAUT e JAHNEL. Vaccinaz. jenneriana, decorso della sifil. e paralisi alla luce di ricerche speriment. — HILGERMANN. Sero- e chemoterapia del tifo addom.

Deut. Med. Woch., 26 mar. — MEYER. Chiaroveggenza e altri fenom. occulti. — SPECHT. Il preparato Heyden 661 nella bilharziosi. — BÖHM. L'inclinaz. del capo.

Wien. Klin. Woch., 25 mar. — DONATH e HEILIG. Come agisce la malaria d'inoculaz.

Estudios Medicos, gen. — F. FERNANDEZ MARTINEZ. Le epatiti croniche sclerosanti.

Bull. Acad. Méd., 16 mar. — E. BRUMPT. L'« Entamoeba coli » può essere patogena?

Rev. Méd. Suisse Rom., 25 mar. — M. ROCH e S. KATZENELBOGEN. Radiografia della cistifellea.

Brit. Med. Journ., 27 mar. — F. R. FRASER e al. Trattam. del gozzo esoft.

Amer. Med., feb. — L. L. BIGELOW. Il problema dell'appendicite cronica.

Arch. de Med., Cir., ecc., 27 mar. — B. L. VELÁZQUEZ. Assorbim. dell'adrenalina per le varie vie di sommin.

Journ. de Méd. de Paris, 29 mar. — R. DE BUTLER D'ORMOND. Ringiovanimento mediante simpaticotomia testicolare chimica.

Riforma Med., 29 mar. — G. BOERI. La clin. med.: grandi errori, piccoli segni.

Riv. di Clin. Med., 28 feb. — L. CASTALDI. Veloc. di accrescim., senescenza e morte.

Igiene Mod., apr. — L. CARBANO. Inquinamento del mare da fogne.

Ann. di Ottalm. e Cl. Oc., apr. — Lo RUSSO. Fototerapia nel tracoma. — LUPPINO. Sui movimenti oculari.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 25 apr. — P. CIGNOLINI. Aspetti radiologici della tbc. pulmon. miliare.

Morgagni, 2 mag. — M. VERGINE. Sindrome ipertiroidea nella tbc. polm. iniziale.

Bull. Ac. de Méd., 20 apr. — M. POLONOWSKI. N-ossido di scopolamina nel trattam. degli stati parkinsoniani.

Journ. d. Prat., 24 apr. — DUGNET e CLAVELIN. Trattam. delle peritoniti tbc. prolungate o ribelli coi raggi ultraviol.

La Clinica, apr. — J. VELASCO PAJARES. Stato della pelle in alcune sindromi interne.

Lancet, 1 mag. — J. A. RYLE. Dolori viscerali e dolori riferiti

Journ. Méd. Franç., apr. — Numero sulle miocarditi.

Minerva Med., 30 apr. — A. GALLUPPI. Gozzo e cardiopatie valvolari.

Liguria Med., apr. — A. VALLEBONA. Esame radiologico della vescica urin.

Journ. A. M. A., 13 mar. — A. H. FREIBERG. Elioterapia a basse altitudini. — A. I. KENDALL. Intolleranza intestin. per i carboidrati. — R. KOVAES. Cura delle paralisi consecutive a poliomielite.

Japan Med. World, 15 feb. — A. A. HORVATH. Azione dell'ammonio sui polmoni.

Riv. Cl. Pediatr., mar. — F. Lo PRESTI-SEMINERIO. Herpes zoster e varicella. — S. GANDOLFO. Il sangue in un caso di avitaminosi infantile.

Bull. Méd., 24-27 mar. — Numero di dermatologia.

Studium, 20 mar — R. LAMBRANZI. Malattie nerv. organ. e funz.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 28 mar. — M. CAYREL. L'oleotorace. — G. GALLI. Arteriosclerosi del cuore. Sindrome di Morgagni-Adams-Stokes.

Presse Méd., 27 mar. — M. LETULLE e J. DELSACE. Forme latenti della sifil. polmon.

Ann. di Ottalmol., ecc., mag. — SPECIALE-CIRINCIONE. Diagn. dei tumori dell'occhio e degli annessi.

Practitioner, mag. — G. LENTHAL CHEATLE. Carcinoma precoce e avanzato del seno. — C. W. CHAPMAN. Lassativi e purganti. — W. DICKSON. Base endocrina del vomito pernicioso della gravidanza. — E. F. CYRIAX. Controstimolo.

Zbl. inn. Med., 1 mag. — E. LETTERER. Natura e genesi della sost. amiloide.

Journ. de Méd. de Lyon, 20 apr. — Numero sul diabete.

Boston Med. a. Surg. Journ., 22 apr. — D. C. PAMENTER e S. DUBRENILH. Malattie cutanee in una clinica del lavoro.

Brit. Med. Journ., 1 mag. — C. RIVIERE. Principi di cura della tbc. polm.

Deut. Med. Woch., 30 apr. — FRIEDMANN e DALCHEX. Sepsi da meningococco. — FAHR. Patogenesi della glomerulonefrite acuta.

Münch. Med. Woch., 2 apr. — BIER. Pensieri di un medico sulla medicina. — THIERFELDER e THIERFELDER-THILLOT. Trattam. del granuloma venereo.

Deut. Med. Woch., 2 apr. — KOLLE ed EVERS. Sifilide speriment. asintomatica.

Arch. di Ortop., I. — S. CRAINZ. Tbc. primitiva della rotula. — S. CACCIA. Diagnosi di gonilite tbc. — A. MERLINI. Lussaz. congenita del collo del radio.

Riv. di Malariol., gen.-feb. — G. FOÀ. La cinconina nella lotta antimal. — G. PIPPIA. Reperto del parassita malarico nel periodo interepidem. — G. ALESSANDRINI e A. MISSIROLI. Struttura dell'apparato respiratorio degli anofeli.

Practitioner, apr. — W. BROWN. Trattam. precoce delle mal. mentali. — F. HOLT DIGGLE. Cardiospasmo.

Revue de Méd., 8. — ODDO e ZUCCARELLI. Generalizzazioni ganglionari croniche. — PORAK. Saggio della diuresi.

Mediz. Klinik, 30 apr. — C. KLIENEBERGER. La cura della tbc. polm.

Arch. di Sc. Biol., 30 mar. — G. TESAURO. Tensione dell'anidride carbon. nell'area alveolare durante la gravid. — G. VIALE. Azione vasomotoria del bicarbonato e dell'anidride carbonica. — N. GAVRILESCU. Modificazioni causate nelle fibre nervose dagli anestetici.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 25 Ottobre 1926 Fasc. 43

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

NOTE PREVENTIVE.

OSPEDALE MAGGIORE DI BOLOGNA.

Intorno ad una particolarità del liquido cefalo-rachidiano degli apoplettici.

Prof. FILIPPO FRANCHINI, medico primario.

Nel liquido cefalo-rachidiano dei colpiti di recente da emorragia cerebrale è frequentissimo trovare aumentato sopra la norma il numero dei leucociti. L'aumento è, di regola, assai considerevole: qualche volta è straordinariamente grande. Manca nelle prime ore dopo l'ictus: compare talora già nella 2ª giornata; e, dopo raggiunto in pochi giorni un massimo, scema e poi scompare alla 10ª-30ª giornata: più o meno presto a seconda (in generale) dell'abbondanza, benchè qualche volta si veda una leucocitosi abbondantissima cadere fino al normale anche in due o tre giorni.

Si tratta di una polinucleosi quasi pura.

La polinucleosi è accompagnata da aumento dei proteidi del liquido.

La quantità dei globuli rossi presenti nel liquido quale effetto dell'emorragia cerebrale, è variabile e non è in rapporto con la quantità dei globuli bianchi. Ho visto in certi casi mancare il sangue quasi del tutto pur con una polinucleosi tanto abbondante da dare liquidi lattescenti come quelli delle meningiti più purulente. Casi, intendo, naturalmente, di emorragie cerebrali, controllati sempre all'autopsia.

Polinucleosi di qualsiasi grado ho visto in casi di emorragie con spandimento sia dentro i ventricoli che alla superficie del cervello (meno frequenti delle precedenti). Quanto alle emorragie intracerebrali, nelle quali, cioè, il sangue stravasato non va a finire, almeno in misura visibile ad occhio, nè nei ventricoli nè negli spazi sottomeningei (queste emorragie sono rare), posso dire che per lo più non sono accompagnate da leucocitosi abnorme del liquido.

La polinucleosi di cui si parla non ha significato prognostico.

*
* *

Credo utile notificare questi fatti i quali sono molto vistosi e facili da osservare sol che si facciano punture lombari ripetute negli apoplettici, e sono assai poco notati, se pur lo sono, perfino nei migliori libri che trattano ex professo del liquido del Cotugno.

La frequenza con cui la polinucleosi compare nelle apoplessie recenti fa pensare che essa non sia una complicazione, ma che faccia parte della successione morbosa normale della emorragia cerebrale. E questa è la conclusione pratica più importante che deriva dalla osservazione.

Bologna, 1° ottobre 1926.

LAVORI ORIGINALI.

ISTITUTO DI PATOLOGIA SPECIALE MEDICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI CATANIA.
Direttore: prof. MAURIZIO ASCOLI.

Tentativi terapeutici con l'inoculazione sperimentale della malaria.

Nota del dott. FRANCESCO SERIO.

L'inoculazione della malaria a scopo terapeutico ha subito in questi ultimi tempi un allargamento di indicazioni, da quella originaria della paralisi progressiva sia nel corpo delle manifestazioni sifilitiche tardive, come all'infuori di esse in malattie del sistema nervoso centrale, come di altri organi.

Ricorderò solo i tentativi fatti da Jagic e Spengler nella mesoaortite luetica, da H. Schlesinger nell'artro-lues tardiva, da Lucherini nella leucemia e da molti altri AA. nella sclerosi multipla, nel parkinsonismo post-encefalitico, nella tabe.

Nel trattamento di queste forme morbose la malaria è stata usata seguendo quelle stesse direttive che avevano condotto all'impiego delle tubercoline, dei vaccini delle sostanze proteiche. Con queste sostanze del resto la malaria pare abbia in comune il meccanismo d'azione almeno per quanto riguarda le reazioni di focolaio, che si riconducono nettamente al tipo anatomico del processo infiammatorio.

Infatti le osservazioni di Duerck, di Adelheim, di Straeussler e Koskinas sul cervello dei paralitici hanno dimostrato infiltrazione linfocitaria attorno ai vasi della corticale, forte infiltrazione delle meningi con comparsa di macrofagi e formazione di grossi imbuti piali (cioè di fasci connettivali circondanti i vasi che si dipartono perpendicolarmente dalla pia irradiandosi verso la sostanza corticale, i quali mostrano a loro volta infiltrazione cellulare), infiltrazione linfocitaria perivascolare con cellule pigmentifere, anche nella sostanza bianca. Anche nel tessuto nervoso della corteccia si notavano numerosissime plasmacellule, isolate ed a gruppi. Oltre a ciò piccole emorragie capillari, e — in un caso particolare — comparsa di leucociti polinucleari nell'infiltrazione cellulare perivascolare e nelle meningi.

Nell'insieme quindi ci troviamo di fronte ad un processo infiammatorio acuto della corteccia, a un'infiammazione reattiva con possibile esito in guarigione (nel senso di Bier) capace di produrre un perturbamento nei focolai morbosi primitivi, considerato pure, sebbene piuttosto vagamente, come una variazione della situazione energetica, atta a produrre la risoluzione di un vecchio infiltrato con la sovrapposizione in situ di un nuovo processo flogistico.

Data l'affinità del meccanismo d'azione della malaria con quello delle sostanze proteiche (nè è del resto da escludere che l'azione attivatrice sia devoluta alle sostanze proteiche originatisi dalla distruzione dei plasmodi) (Plehn), sembrava opportuno saggiare l'efficacia terapeutica della malaria in alcune forme che, con vario esito, erano state sottoposte alla proteinoterapia.

Ho pertanto istituito qualche tentativo in questo senso in tre casi risultati ribelli ad ogni trattamento medico e precisamente in due di ulcera gastrica ed in uno di osteo-artrosi deformante primitiva.

Ne riporto succintamente la storia.

CASO I. — S. A. cameriera, nubile, di anni 36. Nulla di notevole nel gentilizio e nella anamnesi remota personale. Dal giugno 1925 soffre di pirosi, senso di tensione e dolore a carattere trafittivo all'epigastrio con irradiazione alla regione lombare, insorgente dopo 2 ore dal pasto. In luglio, in seguito a purga, ematemesi.

All'e. o. nulla di notevole tranne micropoliadenia latero-cervicale, inguinale ed epitrocleare. Nulla di patologico agli apparati circolatorio e respiratorio.

L'addome è pianeggiante, dolente alla palpazione in un punto della regione epigastrica sito due dita trasverse al di sopra dell'ombelicale circolare, alquanto a sinistra della linea mediana. Il dolore provocato è vivo, a carattere trafittivo, e si irradia dorsalmente alle ultime vertebre toraciche, delle quali la 12ª è dolente alla percussione.

Fegato e milza nei limiti. Nulla di patologico nelle urine. R. W. fortemente positiva. Funzionalità gastrica: a digiuno: A. T = 0,3 %, senza HCl libero. Dopo la somministrazione della colazione di prova di Ewald: A. T = 0,91 %, HCl libero 0,22 %, assenza di acido lattico e presenza di pigmento ematico.

All'esame radiologico: stomaco ipotonico; peristalsi valida. Sulla grande curvatura si nota una profonda incisura, persistente fino a completo svuotamento dello stomaco (da spasmo della muscolatura), cui corrisponde il punto doloroso accusato dalla paziente. Svuotamento dello stomaco completo in un'ora. Nulla di notevole al bulbo duodenale.

I vari tentativi terapeutici si succedettero l'uno all'altro sempre con esito negativo. Si provò dapprima a mantenere lo stomaco a riposo alimentando l'inferma per via rettale e neutralizzando

nello stesso tempo la già scarsa acidità gastrica, ma si dovette sospendere la cura per l'intolleranza dell'intestino ai clisteri nutritivi. Fu tentato quindi il metodo Sippy: ancora un insuccesso, che si rinnovò quando si provò ad alimentare l'a. con ovalbumina e burro, secondo il metodo Jarotzky (metodo che del resto nella nostra clinica ha dato ottimi risultati). A risultati nulli condusse pure la proteino-terapia con iniezioni di latte sterilizzato ripetute ogni terzo giorno, che pur produssero accessi febbrili fino a 40°.

In vista dell'insufficienza di tali procedimenti terapeutici il 29 dicembre 1925 e cioè dopo 2 mesi e mezzo di degenza in clinica, furono iniettati sotto cute 2 cmc. di sangue di un malarico affetto da terzana primaverile. Al 6° giorno, preceduto da brivido, si ebbe il primo accesso febbrile. Dopo l'accesso comparso in 10ª giornata dalla inoculazione, la febbre acquistò il carattere quotidiano a volte oltrepassante i 41° ed intermittente. Si lasciarono così produrre 20 accessi febbrili dopo i quali l'infezione fu troncata col chinino. Dopo 8 giorni di apiressia comparve ancora un accesso, poi più nulla. I parassiti scomparvero dal circolo.

L'inferma, che durante la cura e nei primi giorni dopo di essa aveva notato un certo miglioramento delle sue sofferenze, non mostrò di risentire a distanza alcun benefizio, perchè un mese dopo l'ultimo accesso febbrile accusava pirosi e dolori all'epigastrio dopo l'ingestione di alimenti, come all'atto del suo ingresso in clinica. Anche il reperto radiologico è rimasto immutato.

CASO II. — Riguarda una donna di 59 anni che a 45 anni, in pieno benessere, ebbe per la prima volta ematemesi, ripetutasi a distanza di 6 mesi e poi ancora di quando in quando fino all'epoca del suo ingresso in clinica. Ha avvertito ed accusa tuttavia senso di peso all'epigastrio, pirosi ed eruttazioni acide breve tempo dopo l'ingestione degli alimenti.

Obbiettivamente: ipofonesi all'apice destro, ove si ascoltano rantoli a piccole e medie bolle prevalentemente inspiratori. Gli stessi fatti acustici si notano alla regione infrascapolare sinistra. Nulla al cuore. Alla palpazione dell'addome si riscontra un punto doloroso, posto all'incrocio dell'ombelicare trasversa col prolungamento della parasternale sinistra. All'esame radiologico si mette in rilievo un'insenatura della grande curvatura, nettamente localizzata, ma persistente, dovuta a spasmo della muscolatura e corrispondente al punto doloroso indicato dalla paziente. Fegato e milza normali.

Riuscita vana la cura dietetica coi diversi metodi si iniettano due cmc. di sangue di un individuo affetto da terzana sottocute. Dopo 16 giorni di incubazione si ebbe febbre dapprima (per i primi sei giorni) a tipo quotidiano, poi a tipo terzanario. Dopo 13 accessi la febbre venne troncata con sali di chinina. Risultato negativo: dopo il trattamento la fenomenologia subbiettiva e il reperto radiologico rimasero inalterati. Si ebbe invece un peggioramento, fortunatamente transitorio, delle lesioni polmonari.

CASO III. — Riguarda una sarta nubile di 37 anni nel cui gentilizio e nella cui infanzia nulla troviamo che possa esser messo in rapporto con l'attuale malattia. Dismenorroica sin dalla pubertà è da 5 mesi amenorroica. La malattia attuale avrebbe avuto inizio subdolamene sei anni fà, con dolori vaghi, a volte crampiformi alle articolazioni, segnatamente alle radio-carpiche e successivamente anche alle piccole articolazioni delle due mani. Nessuna alterazione locale da principio, salvo edemi fugaci, vespertini delle dita, coincidenti colle esacerbazioni del dolore; non fenomeni generali, non febbre. Bagni solforosi, cure salicilliche, iodiche, arsenicali si dimostrano inutili. Gradatamente si sviluppò limitazione dei movimenti delle mani a decorso progressivo, che si aggravò considerevolmente quando l'a. contrasse infezione melitense, durante la quale si ebbero dapprima fenomeni poliarticolari acuti, cessati i quali rimasero anchilosi e deviazione delle piccole articolazioni delle dita, delle tibio-tarsiche, delle ginocchia.

E. O. In corrispondenza delle articolazioni delle falangine colle falangette delle due mani la cute appare levigata, lucida, quasi aderente ai tessuti sottostanti, leggermente atrofica. Diffuse a tutto il tronco, alle coscie, al collo e in corrispondenza delle articolazioni ammalate si notano numerose chiazze di psoriasi.

Le unghie sono sottili, di consistenza diminuita, fragili, atrofiche. Il sistema pilifero scarsamente sviluppato. Micropoliadenia latero-cervicale.

La tiroide è appena palpabile.

Normali gli organi del torace e dell'addome; negativo l'esame del sistema nervoso. Sistema osteo-articolare. L'articolazione scapolo-omerale d. appare leggermente edematosa, con i capi articolari ingrossati, a mobilità ridotta, dolente. Anchilosi incompleta dei due gomiti, con ispessimento dei capi articolari. L'articolazione radio carpica è completamente anchilosata in entrambi i lati; i tessuti periarticolari presentano un certo grado di atrofia; i capi articolari, specie il cubitale, sono abnormemente sporgenti; pure ingrossati sono i capi delle articolazioni metacarpo falangee. Le falangi dell'indice, medio, anulare e mignolo delle due mani sono in forte flessione palmare e deviate verso il lato cubitale; le falangine invece in iperestensione, completamente lussate e deviate dal lato radiale. Le falangette sono flesse sulle falangine. Nulla alle coxofemorali. I tessuti periarticolari del ginocchio sono edematosi, non arrossati; alla palpazione si nota pastosità periarticolare, scarsissima mobilità della rotula. I movimenti attivi e passivi sono dolorosi, quello di estensione è limitato; si palpa scricchiolio articolare. Articolazioni tibioastragaliche edematose, a movimenti ridotti sui due lati. Al piede sinistro lievi alterazioni articolari, con deviazione delle dita e limitazione dei movimenti. Nulla al piede d.

Misurazioni: statura m. 1,48. Lunghezza jugulopubica cm. 49. Lunghezza coscia cm. 39, gamba 36, avambraccio 24,5, braccio 25.

Esame d'urina: tracce marcate di albumina.

R. W., negativa. Sieroagglutinazione per il micrococco di Bruce: positiva fino alla diluizione 1/600.

L'esame radiologico delle due mani (ove si riscontrano le lesioni più antiche) mostra decalcificazione delle ossa metacarpiche e falangeali; incurvamento ed in alcuni punti erosione superficiale dei metacarpi; lussazione delle articolazioni metacarpo-falangee e falango-falanginiche. Non si notano alterazioni articolari nè processi

ossei rigenerativi. Nelle grandi articolazioni, la caratteristica radiologica è data dall'ispessimento osseo con formazione di salienze dentate per neoproduzione periostale. Anche in queste la rima articolare appare libera, per quanto ristretta. Non si riscontrano le note dei processi infiammatori articolari e dell'anchilosi.

Oltre che terapeutiche, le difficoltà erano in questo caso anche di ordine diagnostico. A quale forma di artropatia è riferibile il quadro clinico offerto dalla nostra paziente? Cominceremo col chiederci, per delimitare il campo della discussione, se nel nostro caso ci troviamo di fronte ad un processo flogistico cronico od agli esiti di un processo acuto (artrite), o di fronte ad un processo degenerativo da alterata nutrizione dei tessuti articolari (artrosi). Come si è visto dall'esposizione dei dati anamnestici, manca nei precedenti dell'inferma ogni fenomeno reumatico acuto all'inizio e durante i primi anni della malattia; non febbre, nè fenomeni generali, non arrossamento, nè tumefazione. Refrattarietà all'azione dei salicilici, assenza di lesioni valvolari da endocardite, tutto contribuisce a farci escludere questa possibilità. Ed è ancora da notare che di solito le forme reumatiche infettive recidivanti prediligono all'inizio le grosse articolazioni, dalle quali poi, ma di rado, passano alle piccole e che in esse fanno difetto le proliferazioni ossee irregolari, che costituiscono la caratteristica dell'osteoartrosi deformante, mentre la poliartrite cronica primaria (forma cronica sin dall'inizio della poliartrite reumatica infettiva) se pur predilige le piccole articolazioni, si accompagna quasi costantemente a lesioni cardio-vascolari, colpisce di preferenza individui in età avanzata ed ha di rado esito in anchilosi.

La malattia si è sviluppata subdolamente; il suo decorso è stato sin dall'inizio ad oggi esasperantemente cronico, ove si eccettui il periodo di acuzie che accompagnò l'insorgere ed il decorso dell'intercorrente febbre di Malta. Ma non possiamo considerare l'infezione melitense quale determinante delle lesioni articolari quali oggi si riscontrano, per quanto sappiamo — e noi ne abbiamo riscontrato parecchi casi — che il micrococco di Bruce possa provocare artriti acute e croniche, iperostenosanti ed anchilosanti od all'inverso ulcerose e destruenti. Quando si insediò la melitense le lesioni articolari esistevano da più che 5 anni ed erano sulle piccole articolazioni così progredite, da determinare un atteggiamento di flessione permanente dell'indice e del medio delle due mani.

Non possiamo quindi ammettere un pseudoreumatismo infettivo (nel caso da melitense) passato allo stato cronico o agli esiti di una tale forma. Appare però verisimile che l'infezione, colla poussée acuta da essa provocata, abbia precipitato il decorso della malattia, agevolando lo stabilirsi in pochi mesi di quelle lesioni che altrimenti avrebbero avuto bisogno di un più lungo lasso di tempo per raggiungere l'intensità che oggi presentano.

Non intendiamo con ciò attribuire al processo infettivo bruceano altra importanza etiologica, che quella di attivatore di un processo degenerativo da alterato trofismo, legato ad una disposizione generale, umorale, diatesica dell'organismo; costituzione che del resto dà nella nostra paziente altre manifestazioni della sua esistenza. Intendiamo così sbarazzare il campo diagnostico di osteo-artrosi deformante che si sviluppano sulla base di lesioni articolari primieramente infettive.

Indubbiamente nella nostra a. esistono segni di alterato trofismo generale quale lo scarso sviluppo del sistema pilifero, la caduta dei capelli, le alterazioni a carico delle unghie, quelle della cute sovrastante alle articolazioni colpite, la comparsa di chiazze di psoriasi: lesioni tutte riferibili a disfunzione endocrina, segnatamente tiroidea. A ciò si aggiunga la dismenorrea di cui la paziente soffrì sin dalla fanciullezza, la menopausa precoce, le peculiarità del suo sviluppo scheletrico per cui i rapporti della lunghezza del braccio e della coscia alla distanza jugulo-pubica (proporzioni del corpo umano secondo Mollison) sono di 79 e 51 contro 98 rispettivamente 62,6 (cifre medie assunte come valori normali), ed avremo completa l'immagine dello squilibrio ormonico (insufficienza cioè tiroidea ed ovarica), che costituisce la nota dominante nella costituzione della nostra inferma. Noi ammettiamo che la causa prima dell'artropatia che oggi ci occupa, risieda in tale insufficienza glandolare endocrina.

Si comprende di leggieri come, dato lo stato troppo avanzato della malattia poco o nulla c'era da sperare da ogni terapia. Cure iodiche, arsenicali, idroterapiche erano state esperite inutilmente prima del ricovero della paziente in clinica. Così, durante la degenza, si dimostrarono inefficaci la medicazione tiroidea e quella ovarica, tentate a varie riprese, gli antiluetici, i tentativi di riattivazione con iniezioni di latte (che non provocarono sensibili rialzi termici) e di vaccini aspecifici (artigon, ecc., che pur diedero reazioni febbrili) e l'anatossina e poi l'anacultura preparate dal micrococco di Bruce, in rapporto alla melitense sofferta dalla paziente.

Tanti risultati negativi ci indussero a tentare la inoculazione di un ceppo di quartana malarica e il 24 novembre 1925, dopo un anno di degenza, furono iniettati 2 cmc. di sangue prelevato per puntura venosa, sottocute. Dopo un periodo d'in-

cubazione di 22 giorni comparve un accesso febbrile, cui al quarto giorno seguì un secondo.

Dal secondo accesso in poi la febbre acquistò un decorso tipicamente terzanario che si mantenne per ancora 11 accessi, per ritornare quindi al ciclo quartanario. Dopo 16 accessi febbrili l'infezione venne troncata con sali di chinino.

Esito della cura completamente negativo: lo stato delle articolazioni non venne affatto influenzato.

*
* *

Malgrado l'esito negativo di questi tentativi, ho creduto utile renderli di pubblica ragione in quanto possono dissuadere altri dal ripeterli. Essi si prestano però ad alcune considerazioni, che esporrò in breve.

Va anzitutto notato che nei nostri casi non si trattava di forme infiammatorie, sia pur torpide, che fosse possibile riattivare, che si potessero combattere con la sovrapposizione ad esse di un nuovo processo flogistico che risolvesse i vecchi infiltrati, ma di forme essenzialmente degenerative, a tipo necrobiotico. Ed è noto come tali processi in dipendenza da fattori organici costituzionali, siano in generale più difficilmente influenzabili di quanto non lo siano gli infiammatori. Questa circostanza anatomopatologica potrebbe essere determinante dell'esito della cura.

Con questa ipotesi non sono in contrasto i risultati favorevoli di Schlesinger nell'artro-lues tardiva; al contrario li avvalorano in quanto ottenuti in una forma di vera artrite infettiva.

Non mi soffermo sul decorso dell'infezione malarica sperimentale nei miei casi. Esso mostrava tutte e tre le caratteristiche messe in luce da Gerstmann e cioè:

a) l'irregolarità della curva termica;

b) l'assenza o l'estrema scarsezza nel circolo di forme sessuate del plasmodio;

c) la straordinaria sensibilità di questo ai sali di chinina, per cui piccole dosi di essi, ripetute per pochi giorni sono in grado di estinguere l'infezione, ponendo l'a. al riparo dal pericolo di una recidiva.

LETTERATURA.

JAGIC e SPENGLER. Wien. Klin. Woch. 1925. n. 31.
LUCHERINI. Policlinico, Sez. Prat., 1925, pag. 1745.
H. SCHLESINGER. *Arthro-Lues tardiva*. Springer, 1925.
DUERCK. Hb. f. Aerztliche Erfahrung im Veltkriege, 1921, 8.
ADELHEIM. Wien. Klin. Woch., 1926, n. 15.
STRAUESSLER und KOSKINAS. Wien. klin. Woch. 1923, 783.
GERSTMANN. *Die Malariabehandlung der progressiven Paralise*. Springer, 1925.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE DI S. GIOVANNI IN ROMA
II Sezione. Direttore: prof. CHIARINI.

Contributo alla patogenesi della sclerodermia.

Dott. CESARE ENRICO, assistente.

Dal 1752 (epoca in cui la sclerodermia fu per la prima volta descritta da Curzio a Napoli) fino ai nostri giorni, molte teorie sono state emesse nei riguardi della sua etiologia, fatto questo che sta a dimostrare come la vera causa della malattia ci sia ancora del tutto ignota. Alcuni, come il Förster, il Wernicke, la ritennero dovuta a un'infiammazione cronica; il Rasmussen la considerò come una varietà dell'elefantiasi, il Bancroft in un suo caso la mise in rapporto alla presenza della filaria di Medina nel sangue; altri videro un rapporto con le malattie costituzionali note (diabete, gotta, ecc.), con le malattie infettive (eresipela, scarlattina, tifo, tubercolosi, sifilide, lebbra); con le cause reumatiche (Mader, Gubian, Tanturri, Graham), con l'azione del freddo (Nicolich), con quella dei traumatismi e delle alterazioni psichiche. Ma lasciando da parte tutte queste cause che si debbono ritenere piuttosto come occasionali, che come determinanti, due teorie principalmente tennero il campo per molto tempo: una teoria nervosa, che ricollega la malattia a una trofonevrosi, e una teoria vasale. La prima si fonderebbe sia sul fatto che spesso alcuni individui affetti da sclerodermia presentano una predisposizione nervosa ereditaria, o la concomitanza di una tetania, di nevralgie, dell'emiatrofia progressiva della faccia, sia sul fatto che la sclerodattilia ricorda le affezioni di dominio del sistema nervoso conosciute sotto il nome di malattia di Raynaud e di malattia di Morvan. Possiamo però affermare che mai si è potuto dimostrare alcuna vera alterazione costante nè del cervello, nè del midollo, nè dei nervi periferici; e, d'altra parte, anche nei casi in cui furono descritte lesioni dei gangli spinali, (come in quelli di Herzog e Marburg), lesioni del midollo, dei nervi periferici, non fu mai potuto definire il rapporto che passava tra queste alterazioni anatomo-patologiche e la sclerodermia. Anche l'opinione di Thieberge, il quale ammette che la sclerodermia a striscie e a placche sia in rapporto con la segmentazione metamerica di Brissaud, e quella di altri che vedono corrispondere la diffusione dell'alterazione alle zone spinali di Head, mancano di basi costanti.

In quanto alla seconda teoria, alcuni, come Vandervelde, Meyer, Mery, Wolters, ritennero le al-

terazioni vasali dovute a fatti secondari, mentre il Dinkler ammette che queste lesioni, rappresentate da endoarterite e da periarterite, siano la causa prima della malattia. Possiamo però subito dire che è perfettamente inutile andare a ricercare la causa prima della malattia nelle alterazioni dei nervi e delle arteriole cutanee. Dato che la sclerodermia appare, in secondo tempo, come una atrofia della cute, è ben naturale che all'esame istologico si possano trovare lesioni di tal fatta.

Dopo gli studi recenti sulle ghiandole a secrezione interna, le teorie patogenetiche sulla sclerodermia si orientarono verso queste nuove vedute, e si è pensato che la causa di questa malattia potesse risiedere in alterazioni delle ghiandole endocrine. Già Singer nel 1894, descrivendo un caso in cui insieme alla sclerodermia si aveva assenza del lobo laterale destro della tiroide, considera come forme morbose dello stesso ordine la sclerodermia, il mixoedema, il morbo di Basedow. Molti altri autori notarono tra sclerodermia e tiroide un rapporto, sia di ordine clinico, citando casi di sclerodermia associata al morbo di Basedow o a gozzo semplice (come Balzer, Leube, Klippel, Grünfeld, Panegrossi), sia d'ordine terapeutico, notando azione favorevole con l'uso della tiroidina, sia di ordine anatomo-patologico, notando alterazioni in questa ghiandola. Senonchè col tempo furono parimenti descritti rapporti con lesioni a carico dell'ipofisi (Roux, Izar, Strumpell, Sternberg, ecc.) delle surrenali (Carle, Nicolas, Lanceraux) delle ovaie (Fumarola) delle paratiroidi (Duprè, Nicolas); si notò associazione con la sindrome di Dercum, col nanismo, col morbo di Addison, e, più che con l'azione della tiroidina, si ebbero risultati favorevoli, in alcuni casi, con l'uso dell'ipofisina, dell'estratto di capsule surrenali e spesso di preparati pluriglandolari.

Oggigiorno però le ghiandole endocrine vengono considerate non più una isolata dall'altra, ma come funzionanti reciprocamente, sinergicamente, e ad ogni modificazione funzionale di un elemento del sistema endocrine risponde una reazione di ipo- o di iperfunzionalità degli altri elementi, che tende in ogni caso a mantenere l'equilibrio del sistema. Ammessa questa azione vicariante, questa correlazione funzionale, perchè si stabilisca la sclerodermia, se dobbiamo ammettere la teoria endocrina, non basta la semplice alterazione di una sola ghiandola, ma è necessario che le altre ghiandole ad essa sinergiche non siano in grado di supplire la funzione alterata della prima. Considerando così la questione, ci potremmo spiegare i diversi e talvolta contradditori risultati che si ottengono con l'opoterapia; l'azione degli estratti ghiandolari, sia omologa, sia eterologa, mentre può giovare quando esiste ancora l'integrità delle altre ghiandole capaci di assumere la funzione vicaria, diventa nulla quando la lesione sclerotizzante ha colpito tutti gli organi a secrezione interna.

Ammesso inoltre che tutte le ghiandole endocrine siano in pieno accordo fisiologico col sistema nervoso della vita vegetativa, e principalmente col simpatico, possiamo pensare che sia tutto il sistema endocrino-simpatico che partecipi alla genesi dell'affezione. Hoffmann trovò infatti in tutti i suoi 18 casi di sclerodermia descritti, diminuito il tono del simpatico e aumentato quello del parasimpatico, e Horn ha notato, con la simpaticectomia periarteriosa, regressione del processo sclerodermico, 14 giorni dopo l'operazione. È appunto per la grande importanza dell'argomento, che ho pensato, senza affatto credere di voler risolvere la questione, di riportare un caso occorsomi durante il mio servizio di assistente medico nell'ospedale di S. Giovanni, caso che credo possa avere un certo interesse per i sostenitori della teoria endocrina.

Z. Margherita, di a. 64, da Bolsena, nubile, stiratrice. Il giorno 2 dicembre 1924 entra nel reparto chirurgico dell'ospedale di S. Giovanni, con diagnosi di *gozzo-sclerodermia;* il 16 di detto mese viene trasferita in sezione medica, perchè inoperabile. Premetto che, dato lo stato grave dell'inferma, non fu possibile raccogliere un'anamnesi accurata. Racconta che all'età di 14 anni ha cominciato a notare (dice dopo uno sforzo) una tumefazione della grandezza di un piccolo uovo in corrispondenza della regione anteriore del collo, tumefazione che è andata lentamente aumentando di volume, senza darle speciali disturbi. Da vari anni soffre di vene varicose, e da circa 6 anni si sono formate delle ulceri ad ambedue le gambe. Da quel periodo la paziente ha cominciato a notare, prima sulle mani e poi sulla faccia, un senso di formicolio e alterazioni della cute, che si è venuta facendo sempre più sottile; in seguito inoltre si è accorta che non poteva più compiere normalmente i movimenti di estensione delle dita delle mani, e che le falangette delle dita venivano assottigliandosi. Da circa quattro mesi è presa, di tanto in tanto, da senso di costrizione alla gola, senza che abbia notato mai, in questo periodo, uno sviluppo più rapido ed improvviso della tumefazione del collo. Da circa un mese e mezzo è affannata; inghiottisce con difficoltà e talvolta si sente mancare il respiro. Ha voce rauca.

Esame obbiettivo. Condizioni generali gravi. Stato di nutrizione molto scaduto. Dispnea a tipo inspiratorio, tirage, cornage; colorito dei pomelli e delle labbra leggermente cianotico. I muscoli del collo sussidiari della respirazione sono contratti, tesi come corde. Pulsazione visibile dei vasi del collo. La cute delle mani e della faccia è tesa, lucente, assottigliata, liscia, con gli orifici follicolari quasi del tutto scomparsi, non più mobile sui piani profondi, pigmentata; apertura boccale ristretta. Anche la cute delle labbra presenta gli stessi caratteri. Le falangette delle dita delle

mani sono appuntite, le ossa si sentono come a nudo; le unghie sono alterate, contorte; si desquamano sotto forma di scaglie. Presenza di piaghe varicose ad ambedue le gambe, prevalentemente a destra; la cute è ipercromica; verso il lato interno dell'arto presenza di cordoni venosi varicosi. Nella regione anteriore e laterale destra del collo si notano due tumefazioni della grandezza ciascuna di un grosso uovo, separate tra loro da un sottile solco; hanno consistenza molle elastica, non fluttuante a superficie leggermente irregolare, ricoperte da cute piuttosto sottile, di colorito normale. La tumefazione mediana, nella sua porzione inferiore, si approfonda nella regione del giugolo, dietro lo sterno; detta tumefazione si sposta con gli atti di deglutizione.

Torace. Anche la cute del torace è secca, piuttosto aderente al piano costale; le basi polmonari sono leggermente abbassate, poco mobili. All'ascoltazione il periodo inspiratorio è prolungato rispetto a quello espiratorio; non si avvertono però speciali rumori.

Cuore. Nei limiti normali. Pressione al Riva-Rocci **165**.

Addome. Nulla di anormale alla palpazione e percussione. Organi ipocondriaci nei limiti.

Esame radioscopico del torace. Si osserva un'ombra intensa, uniforme, in corrispondenza della parte alta della regione sternale, a limiti inferiori netti, curvilinei. L'ombra si continua in alto con quella esistente alla base del collo, che non è altro se non la tumefazione che si apprezza clinicamente.

Esame laringoscopico. L'adduzione fonatoria si compie normalmente; l'abduzione inspiratoria è invece limitata, e lascia scoprire sotto le due corde vocali vere, da ambo le parti, una tumefazione pallida della mucosa della regione sottoglottica.

Esame delle urine. Peso spec. 1010. Albumina presente; nel sedimento presenza di cilindri ialini granulosi. Costante di Ambard: K = 0,160.

Dato lo stato grave dell'inferma non si è potuto procedere a un esame accurato del sistema nervoso, e non si sono potute praticare le prove farmacodinamiche per svelare lo stato del sistema nervoso vegetativo. Durante i pochi giorni che è rimasta in sezione è stata sempre apirettica; la difficoltà di respirazione e di deglutizione è divenuta tanto grave da impedire all'inferma anche l'alimentazione con soli liquidi; il rumore di cornage è così forte da sentirsi a una discreta distanza. In tale stato di cose le condizioni generali si sono venute sempre più aggravando, tanto che l'inferma muore nella notte del 22 dicembre.

Autopsia. Sclerodermia specialmente della cute delle mani e della faccia con deformazioni delle dita ed atrofia del mignolo sinistro. Grosso gozzo colloideo prevalentemente del lobo medio e destro della tiroide, che si prolunga dietro il tronco brachiocefalico fino all'arco dell'aorta, con compressione e necrosi delle cartilagini del laringe. Alcune ghiandole mediastiniche appaiono necrotiche.

Insieme a dette ghiandole si preleva l'ipofisi e frammenti della tiroide, surrenali, cute, labbro, ovaio, per l'esame istologico che qui sotto trascrivo.

Tiroide. La struttura dell'organo è profondamente alterata. La caratteristica principale è data dalla presenza di numerose formazioni cistiche di varia grandezza, risultanti dalla fusione di follicoli cistici (fig. 1). Nel parenchima tiroideo sufficientemente conservato o ialinizzato si nota inoltre la presenza di numerosi infiltrati, all'apparenza linfocitari, analoghi a quelli descritti da Mac Callum come specifici del gozzo basedowiano; per quanto la diffusione dell'infiltrato e la mancanza di limiti ben netti di queste formazioni pseudofollicolari, li differenzi un poco da quelli.

Le cisti si possono distinguere nei tipi seguenti:

1) grosse cisti rivestite da epitelio cubico, basso, monostratificato, con un contenuto di sostanza colloide meno tingibile dell'ordinario con l'eosina. La parete di tali cisti non presenta residui di tramezzi; il connettivo di essa presenta spesso del pigmento ematico, tipo emosiderinico, dovuto a pregresse emorragie. Essa è ricca di vasi sanguigni ed è estesamente infiltrata in larghi tratti della sua estensione;

FIG. 1. — *Tiroide.* Cisti colloidee.

2) cisti della stessa grandezza delle precedenti, ma in cui numerosi sepimenti rendono la cavità anfrattuosa, e dimostrano che essa non è altro se non la risultanza di varie cisti, nelle quali si è avuta l'atrofia delle loro pareti. Talvolta si vedono delle formazioni papillari. Scarsissimo è il contenuto in sostanza colloide;

3) cisti separate o comunicanti contenenti nell'interno una sostanza uniforme ed elementi carichi di pigmento ematico;

4) accumuli di piccole cisti di vario grado di maturità, alcune contenenti piccola quantità di

sostanza colloide. Si rinvengono anche follicoli pieni, immaturi, senza sostanza colloide.

Lo stroma fibroso, ricco di sostanza fondamentale ialina, è infiltrato da emorragie. Nei tratti nei quali si rivela l'infiltrato caratteristico sul quale abbiamo richiamato l'attenzione, esso è costituito da elementi del tipo linfocitico, i quali si rinvengono anche accumulati nei follicoli tiroidei e intorno ai vasi. Essi hanno citoplasma molto scarso, nucleo rotondeggiante, alcune volte con struttura evidente, altre volte poco evidente per ricchezza di cromatina. Tali elementi costituiscono mantelli più o meno spessi intorno ai tuboli, e talvolta nascondono i tuboli stessi. Nell'infiltrato si nota la formazione di un fine reticolo e di cellule dell'aspetto macrofagico, però non è nettamente dimostrabile morfologicamente l'attività fagocitaria di esse. Tra gli elementi accumulati non si rinvengono mai figure cariocinetiche. Elementi a tipo macrofagico si vedono anche nel connettivo interstiziale dove l'infiltrazione manca.

FIG. 2. — Cute di un dito della mano, con le caratteristiche lesioni perivasali.

Ipofisi. Nel limite tra la porzione anteriore e la posteriore si notano formazioni cistiche multiple, di varia grandezza, ripiene di sostanza colloide, che è poi diffusa negli alveoli della ghiandola contenuti in tutto il campo di osservazione. Le cellule ossifili sono abbastanza ben distinte; le principali conservano i soliti caratteri. Non si vedono figure di cariocinesi. Nella porzione nervosa non si osserva nulla di notevole.

Capsule surrenali. La capsula non appare ispessita; la zona glomerulosa e la fascicolare non presentano alterazioni. Le cellule della zona fascicolata sono ricche di grasso. Nella zona reticolata si riscontra una notevole quantità di pigmento giallo nelle cellule.

Cute. La pelle presenta una ipercheratosi estesissima; non è ben distinguibile lo strato lucido; ben evidente invece lo strato delle cellule granulose. Pare che si constati una atrofia degli strati delle cellule spinose; lo strato germinativo non presenta modificazioni; non si veggono cromatofori epiteliali. Il derma papillare è ricco di capillari; le papille sono ben sviluppate, però constano in gran parte di tessuto connettivo ialino; ialina pure appare la zona dello strato reticolare del derma. La tunica propria si presenta povera di elementi cellulari e ricca di fibre con sostanza fondamentale abbondante; non si notano cromatofori. Le ghiandole sudorifere non presentano alterazioni. Lievissime alterazioni si osservano intorno ai vasi che decorrono nel limite tra derma papillare e derma reticolare. Nella parete delle vene si nota un considerevole infiltrato, corrispondente a quello rilevato intorno ai vasi del derma papillare. Esso è costituito da elementi linfoidi e rappresenta la fondamentale alterazione che si osserva nella pelle (fig. 2). Pochissimi cromatofori connettivali si osservano nel derma reticolare. L'infiltrato perivasale si estende anche nel dominio delle ghiandole sudorifere. Non si notano alterazioni nei nervi che decorrono nel sottocutaneo.

Labbro. Nella mucosa, sia in corrispondenza del derma papillare, sia del derma reticolare e dei vasi, si osserva un notevolissimo infiltrato costituito di elementi linfoidi. Le ghiandole mucose, come tutti gli strati sottostanti, non presentano alcuna alterazione. Negli strati epidermici si nota un appiattimento degli strati più superficiali.

Ovaio. Si riscontra atrofia considerevole della sostanza corticale, nella quale si vedono, eccezionalmente, dei follicoli cistici e numerosi corpi albicanti ialini, come ialini sono i vasi. La sostanza midollare è ricca di vasi e di tessuto connettivo.

Nella *ghiandola linfatica* mediastinica asportata si nota un focolaio di necrosi caseosa; in altre sezioni qualche tubercolo.

L'accurato esame istologico della tiroide ci dimostra all'evidenza come quest'organo, a causa delle gravi alterazioni del parenchima, abbia perduto la sua normale funzione, per cui potrebbe benissimo essere chiamato in causa come determinante la sindrome sclerodermica. Inoltre un altro fatto, già descritto da Auerbach, Osler, Calderara, ecc., nel cretinismo e nel mixoedema, è stato notato nell'esame istologico del caso su esposto, e precisamente l'abbondanza di sostanza colloide nell'ipofisi, fatto che sta a rappresentare l'azione vicariante per la ghiandola tiroide gravemente lesa e non più funzionante. Circa questa azione vicaria anche le ricerche sperimentali concordano con le predette osservazioni, avendo vari autori notato che dopo la tiroidectomia si hanno modificazioni nella ipofisi, le quali, mentre secondo Rogowitsch sono limitate a quegli speciali aggruppamenti cellulari (*Kernhaufen* dei tedeschi) accumulati nella parte antero centrale del lobo ghiandolare, secondo Almagià si estenderebbero anche alle cellule eosinofile, che aumenterebbero spiccatamente. Sutherland e Hunter d'altro canto, non avendo potuto dimostrare chiaramente nella

ipofisi, così resa ipertrofica, la presenza di iodio, negherebbero ad essa l'azione vicaria per questa sostanza; e Claude e Blanchetière, avendo messo in evidenza, nelle proprie osservazioni, l'assenza di un parallelismo tra contenuto in colloide e in iodio, non ammetterebbero che l'abbondanza di colloide negli alveoli deponga di per se stessa per una iperfunzionalità della ghiandola.

È ben certo che nel caso suesposto la ghiandola tiroide e l'ipofisi hanno presentato evidenti alterazioni; ma allo stato attuale delle nostre conoscenze sull'importanza dell'azione delle ghiandole endocrine, sarebbe ardito di voler ammettere un rapporto diretto tra queste alterazioni e quella a carico della cute.

Le lesioni riscontrate dai vari autori nelle diverse ghiandole endocrine, le modificazioni del sistema simpatico, messe in evidenza sia clinicamente che farmacologicamente, e il fatto che coll'uso di prodotti opoterapici si è potuto ottenere talvolta un miglioramento in questo processo morboso, ci fanno piuttosto pensare che la intima causa della sclerodermia non possa ritrovarsi in una semplice alterazione di una data ghiandola, ma debba riguardarsi da un punto di vista d'ordine assai più generale, e precisamente come un perturbamento di tutto il sistema endocrino-simpatico, dal quale partirebbe lo stimolo, che si rifletterebbe sulla cute, determinando tutte le alterazioni caratteristiche di questo processo morboso.

*
* *

Al prof. Chiarini, che mi ha permesso la pubblicazione del caso, al prof. Dionisi, che di grande ausilio mi è stato nell'interpretazione dei preparati istologici, vadano i miei più vivi ringraziamenti.

BIBLIOGRAFIA.

(1) THIEBERGE. Giorn. ital. mal. ven. e della pelle, 1890, pag. 218.
(2) MARIANELLI. *Contributo all'opoterapia della sclerodermia.* Giorn. ital. mal. ven. e della pelle, 1895-1896.
(3) PANEGROSSI. *Sclerodermia e gozzo.* Boll. Società Lancisiana, anno XVI, fasc. II.
(4) IZAR. *Ipofisi e sclerodermia.* Riforma medica, 1920, pag. 482.
(5) HORN. Zentralblatt f. Chirurgie, maggio 1923, pag. 831.
(6) HOFFMANN. Klinische Wochensch., maggio 1925, pag. 978.
(7) PELLEGRINI. *Sulla correlazione tra le ghiandole a secrezione interna.* Atti R. Istituto Ven., tomo LXXIII, disp. VII.
(8) NEISSER e JADASSOHN. *Malattie della pelle.* Albrighi e Segati, 1918.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE CIVILE DI VERONA - DIVISIONE CHIRURGICA
diretta dal prof. dott. S. SPANGARO.

Simpatia colicistica nell'appendicite

per il dott. ENRICO CAVARZERE.

Nel mese di ottobre entrava in questa clinica chirurgica un uomo sulla trentina, il quale da vario tempo accusava un dolore al quadrante superiore destro dell'addome e precisamente nel punto corrispondente alla vescichetta biliare. Questo dolore non era continuo, ma aveva remittenze ed esacerbazioni senza alcun rapporto con l'ingestione d'alimento o con la digestione ed era accompagnato da qualche conato di vomito e dispepsia accentuata, non febbre. Alla palpazione nel punto dolente nulla si sentiva ma bensì si provocava un aumento di dolore che a detta de' paziente si irradiava sfumandosi verso il quadrante inferiore destro.

Entrò con diagnosi di colecistite cronica.

La raccolta dei dati anamnestici, dai quali appariva aver sofferto il paziente pochi mesi prima di appendicite ed un successivo ed accurato esame dell'addome ci portò su altre rive diagnostiche; e ciò per aver seguito il fascio di radiazioni dolorose nel quadrante inferiore destro, ove in corrispondenza del punto di Mac Burney esisteva un po' di tensione e la palpazione provocava, oltre ad una dolorabilità in sito, una riacerbazione di quel dolore che maggiormente sconcertava l'ammalato e che primieramente aveva attirato l'attenzione del medico.

La diagnosi si mutò in appendicite cronica.

Alla biopsia venne trovata una appendice raggrinzita con aderenze pericecali, fegato, cistifelia, stomaco, pancreas sani.

Questa sintomatologia alquanto strana dell'appendicite m'ha portato subito a pensare dell'innervazione appendicolare e cercavo tra le varie connessioni nervose intra-addominali la via che potesse stabilire il rapporto tra manifestazione clinica e dato anatomico.

Difatti il processo patologico appendicolare è un centro di irritazione, che come viene trasmessa di cellula in cellula, dalla mucosa alla sierosa, così per mezzo di nervi poteva essere condotta lontana dal focolaio e far risentire altri punti della propria presenza.

L'appendice è innervata da numerosi filuzzi nervosi, che la percorrono in tutte le direzioni e formanti attorno ad essa una spessa rete. Ivi trovasi:

a) il plesso nervoso di Auerbak, che si estende tra lo strato delle fibre muscolari circolari e quello delle longitudinali;

b) il plesso nervoso di Meisner, che si distribuisce alla sottomucosa, ricco di cellule ganglionari e strettamente connesso con quello di Auerbak;

c) filuzzi nervosi in relazione coi due plessi precedenti del plesso mesenterico superiore.

I plessi appendicolari sono formati in prevalenza da fibre simpatiche, il resto da fibre vagali. Le fibre del simpatico convergono risalendo lungo l'arteria mesenterica sup. ad un plesso nervoso, chiamato mesenterico sup. e di qui a quello più importante, al plesso celiaco.

Questo è essenzialmente formato dai nervi splancnici originantisi dalle fusioni di rami nervosi che derivano dal 5°, 6°, 7°, 8°, 9° e 10° ganglio del cordone laterale toracico simpatico e da due gangli semilunari posti entro il plesso di cui uno è sinistro e l'altro destro.

Essi sono disposti in modo da ricevere dalla concavità rami dello splancnico minore e del frenico, dalla estremità laterale il nervo splancnico maggiore. Dalle estremità mediali partono numerosi rami plessiformi, i quali si portano trasversalmente verso il ganglio del lato opposto, costituendo così un'ampia anastomosi tra le masse ganglionari. Il nervo vago poco al disopra del plesso celiaco si divide in due rami: destro e sinistro. Quello destro mette capo al ganglio semilunare destro nella sua estremità mediale e descrive nel decorso una piccola curva che viene chiamata « Ansa di Wrisberg ». Secondo Laiguel Lavastine anche la branca sinistra del vago, otto volte su dieci, presenta lo stesso tragitto di destra (Testût).

I rami viscerali e vascolari dell'addome, che partono dal plesso celiaco raggiungono i singoli organi seguendo le corrispondenti arterie, avvolgendo e formando attorno ad esse numerosi plessi secondari.

Un'irritazione adunque, come nel caso clinico illustrato, dell'appendice viene a provocare:

a) o un dolore in sito per la dolorabilità propria dell'organo;

b) o un dolore peritoneale, per la diffusione del processo patologico al peritoneo parietale, ovvero:

c) un dolore al plesso celiaco per la stretta correlazione che esiste tra questo e le terminazioni nervose intra-appendicolari (1).

Esiste però talvolta nelle varie affezioni degli organi una sintonia dolorifica in regioni così diverse da quella ammalata, che non si può spiegare coi modi su descritti, se non si pensa ad una reflessione dei dolori; specialmente trattandosi di organi endoaddominali, che innervati prevalentemente dal simpatico sono poco o punto sensibili.

È vero che la funzione sensitiva dolorifica può essere spiegata per irritazione delle terminazioni vagali entro agli organi, ma pur essa è di poca entità, poichè le aree innervate dai singoli elementi del vago sono molto più ampie che per i nervi, ad es., della pelle. Così in un organo sano addominale, perchè si manifesti una dolorabilità, bisogna che lo stimolo colpisca una vasta porzione di viscere sì da corrispondere a più cilindrassi viscero-sensitivi (Mohor).

Difatti la legge Head (sulla localizzazione del dolore) dice che « quando uno stimolo dolorifico viene applicato ad un punto poco sensibile, il dolore che si desta è sentito più intensamente nella sede di maggior sensibilità, invece che là, ove la sensibilità è minore ed in cui lo stimolo fu effettivamente applicato ».

Nella pratica quotidiana si nota, che lesioni interne possono dare persino iperalgie cutanee, le quali si spiegano solo ammettendo che gli organi interni sieno collegati coi centri dei nervi sensitivi cutanei dello stesso segmento spinale. Infatti i gangli dei cordoni laterali del simpatico toracico sono in rapporto per mezzo di branche coi nervi intercostali corrispondenti e di conseguenza in relazione con le vie lunghe ascendenti midollari, attraverso i gangli spinali e le radici posteriori sensitive.

In conclusione, aiutato da questa dissertazione anatomica nervosa, ho creduto bene stabilire che il dolore colicistico non fosse altro che un dolore reflesso, sorto per l'irritazione delle terminazioni nervose intrappendicolari e che anzichè preferire il plesso celiaco, come altre volte ho potuto riscontrare, si localizzò alla cistifellea esistendo forse in essa secondo la legge di Head un « locus minoris resistentiae » alla sintonia dolorifica addominale.

* * *

Oltre alla sintomatologia strettamente nervosa ora dimostrata, sia pure in un caso non comune a trovarsi, ne segue un'altra le cui localizzazioni dolorifiche corrispondono a veri focolai patologici, dipendenti in origine dalla primitiva infezione appendicitica. Difatti, ad esempio, ricordo di aver osservato una colecistite calcolosa consecutiva ad appendicite cronica ed una pericolicistite, consecutiva pure all'appendicite.

Di questi due casi nel primo trattavasi di una signora, che due anni prima dell'ingresso in questa clinica erasi ammalata di appendicite quindi di lì a poco tempo di colecistite. Sottoposta a biopsia vennero trovate infatti aderenze periappendicolari al cieco, un'appendice raggrinzita per il processo infiammatorio pregresso ed una cistifellea con aderenze epatocoliche, a pareti ispessite e ripiena di calcoli.

Il secondo caso recentissimo interessava una giovane donna, che aveva avuto per il passato una vaga sintomatologia appendicolare a ripercussione dolorifica specialmente epigastrica e che da circa tre anni era tormentata da un dolore alla regione paracostale destra, irradiantesi ed al dorso ed alla spalla corrispondente. Qualora sopravveniva una riacutizzazione del male compariva il vomito, la stipsi, senza però ittero od altri disturbi. Sottoposta a biopsia vennero trovate tenaci aderenze del colon trasverso, della curva epatica del colon, alla cistifellea, le quali la avviluppavano in tal guisa da lasciar scoperto solamente il suo fondo. Liberati entrambi gli organi da esse, apparvero prettamente sani; la cistifellea poi senza calcoli e senza alcun ispessimento delle sue pareti.

La prima mia impressione fu di trovarmi di fronte a due casi la cui coincidenza delle due lesioni in un ammalato non fosse che causale, ma avendo in seguito notato, che altre affezioni intestinali quali: l'intossicazione digestiva, la stasi intestinale cronica erano stati il punto di partenza di affezioni colecistiche, mi sono convinto, che veramente le due lesioni erano in correlazione originaria tra loro.

Scorrendo poi la letteratura medica ho potuto trovare, che non solo codeste affezioni potevano dipendere da una infezione appendicolare ma bensì: ulceri gastriche, ulceri duodenali, ulceri piloriche (2), ascessi multipli al fegato ed epatiti (3), tralasciando i fatti infiammatori per continuità cecali o colici e quelli per contiguità, come l'annessite destra, ureterite destra, cistite (4).

Come si sa la colecistite calcolosa non è che il risultato della precipitazione di sali biliari attorno ad ammassi di cellule epiteliali desquamate, in seguito ad un processo infiammatorio della mucosa. L'infezione di questa scende di solito dalle vie biliari sup. per l'eliminazione di bile contenente microrganismi patogeni.

Infatti fu dimostrato che il fegato è un potente depuratore del sangue portale ed i rifiuti, come sostanze tossiche o bacteri vengono eliminati con la bile. A raffrancare l'infezione colecistica sembra che l'appendicite provochi uno spasmo reflesso dello sfintere di Oddi (Mornighan), il quale rallentando il normale deflusso della bile, origini una stasi di essa nella vescichetta; stasi che non fa che facilitare l'attecchimento dei germi patogeni alla mucosa.

Come arriva adunque l'infezione appendicitica alla colecisti? Due sono le vie: l'una venosa, l'altra linfatica. La venosa è costituita dalla vena appendicolare, dalla vena mesenterica sup. e dalla vena porta, formata, come è noto, dalle vene mesenterica sup., mesenterica inf. e splenica.

Ecco che elementi tossici o bacterici incamminatisi nella vena appendicolare con somma facilità arrivano al fegato. Questa è la via, che viene stimata più comune per una infiltrazione patologica; via che ci concede l'interpretazione della sìmpatologia appendicolo colistica riscontrata nel primo caso. Ma osservando bene al microscopio il tessuto in istato flogistico, noi vediamo i capillari sanguigni in più parte obliterati, per cui sostanze eterogenee trovano una certa difficoltà ad introdursi nel torrente circolatorio e di più per l'intensa fagocitosi vengono prontamente rese inoffensive.

Più facile a me sembra invece come vettore patogeno il sistema linfatico e questo punto di vista è avvalorato da osservazioni pratiche quotidiane delle infezioni superficiali, le quali preferiscono quasi sempre questa via annidandosi nei rispettivi gangli.

È vero che il ganglio linfatico è una porta chiusa ai processi patologici, ma questo avviene quando è sano; qualora poi esso si trovi in uno stato congenito di insufficienza od in preda ad una affezione cronica perde in gran parte il suo potere di difesa. Il secondo caso riferito trova, io credo, in questo una migliore spiegazione.

Il sistema appendicolare addominale linfatico di recente studiato da Berceanu (5) è costituito da afferenti linfatici, che dall'appendice camminano lungo i vasi mesenterici e si gettano al di dietro del corpo del pancreas, nei tronchi linfatici colici destri. Lungo il decorso di quelli trovansi dei gangli, i quali avendo una diversa situazione vengono distinti dall'A. in tre gruppi:

a) il gruppo dei gangli inferiori o ileocecali che comprendono quelli situati attorno alla base del meso-appendice nell'angolo arterioso ceco-appendicolare e nello spessore del meso-appendice;

b) il gruppo ganglionare minore o mesenterico, che comprende i gangli situati lungo i vasi mesenterici dopo l'origine dell'arteria appendicolare fino al bordo inferiore della 3ª porzione del duodeno;

c) il gruppo sup. o duodeno pancreatico for-

mato da gangli, situati nella regione duodenale e della testa del pancreas.

Da questa esposizione chiaramente appare, che gangli linfatici appendicolari esistono nella regione duodeno pancreatica alla quale la linfa appendicolare vi può liberamente arrivare; e qui in virtù delle numerose anastomosi di cui il sistema linfatico è ricco, si mette in comunicazione coi tronchi linfatici epato colecistici. Sono anastomosi paradossali per corrente d'origine e significato differente, ma constatate tecnicamente « post mortem » per il diffondersi della sostanza colorante in senso retrogrado (Descamps) (Turnesco) (6); di modo che è accertata la possibilità dell'arrivo diretto della linfa appendicolare al fegato, alla cistifellea ed ai rispettivi gangli.

Questa disposizione può adunque condurre ad una serie di considerazioni e di ipotesi cliniche, sì da dover ammettere l'origine appendicolare linfatica di alcune affezioni colecistiche, sia in ispecie pericolecistiche e di altre lesioni come certe ulceri gastriche o duodenali precedentemente nominate.

Esposto così il punto di vista della simpatia nervosa e patologica tra appendice e cistifellea, mediante la delucidazione anatomica del fatto clinico, arrivo ad una conclusione di semplicismo naturale.

Difatti le interferenze tra organo ed organo, tra sintonia e sintonia sono fatti naturalissimi; imperocchè l'organismo vitale non ha i suoi visceri indipendenti l'uno dall'altro, ma legati da una inestricabile meravigliosa rete di nervi e di vasi.

Sono sintonie e sincronie armoniche indivisibili, orientamenti di reflessi di colore e forma variabilissimi.

BIBLIOGRAFIA.

1) SOLIERI S. *Ueber den epigastrischen Schmerz bei Appendicitis.* Mitteilunghen aus den Grenz. der med. und. Chir., Band 25, 1912. — *Sintonia patologica dell'addome destro.* Policlinico, Sezione pratica, 32, 1925.

2) ROUX. *Gastropatie dolorose, ulcera pilorica e duodenale nel corso dell'appendicite.* Paris Médical, 49, 1917.

3) CAPLESCO M. *Manifestazioni epatiche dovute all'appendicite latente.* Presse Médicale, 56, 1921.

4) GIORDANO. *Ripercussioni dell'appendicite sull'apparecchio orinario.*

5) BERCEANU. *Relazioni linfatiche dell'appendice con la regione duodeno pancreatica.* Revue de Chirurgie, 1924.

6) TURNESCO. *La circulation lynphatique du gros intestin.* Revue de Chirurgie, 1923.

COMMENTI.

A proposito della deviazione della laringe quale segno di modificata funzionalità del diaframma.

Ho letto con molto interesse la nota del dott. Parodi, pubblicata nel *Policlinico*, fasc. 38, in cui si richiama l'attenzione su di *un nuovo segno per l'esplorazione della funzionalità del diaframma*, consistente in una differenza di trazione sul centro della biforcazione dei grossi bronchi, e quindi in uno spostamento del condotto laringo-tracheale.

Io ritengo di poter confermare l'asserto del collega Parodi, perchè da varii anni studio il problema dal lato laringoscopico, ed ho stabilito che se molte volte la laringe è spostata per manifestazioni patologiche intrinseche, in molti altri casi tale torsione o spostamento o limitazione dell'ampiezza dei movimenti di ascesa e discesa del tubo laringo-tracheale rappresenta l'esito di processi patologici intratoracici, decorsi più o meno silenziosamente. Così si spiega la sintomatologia di numerosi disturbi faringo-laringei, di parestesie, di turbe ricorrenti a fondo congestizio, di senso di peso o di corpo estraneo, di disfonie, in cui l'unico fatto obiettivo preminente consiste in una asimmetria della laringe, la sua torsione sull'asse maggiore, la sua fissazione: e all'esame radiologico del torace si trovano esiti di un'infiltrazione tubercolare del parenchima polmonare, delle iperplasie glandolari linfatiche, esiti di pregresse pleuriti mediastiniche, ecc. (1).

Queste osservazioni mi hanno indotto a considerare anche un altro lato del problema.

La pratica che in questi ultimi anni si è molto diffusa della sezione o dello strappamento del frenico per la cura della tubercolosi polmonare, mi spinsero a ricercare sperimentalmente quale influenza potesse avere la paralisi della metà del diaframma sulla statica della laringe (2). In una mia recente comunicazione concludevo così:

---

(1) G. BILANCIONI. *La laringe umana è organo perfettamente simmetrico?* (Archivio Italiano di Otologia, a. XXI, 1920, fasc. 5-6).

— *Aritenoide e corda vocale vera. Nota preliminare sullo studio dei rapporti di motilità intercorrenti fra le due parti.* (Bollettino delle malattie dell'or., ecc., anno XL, 1922, fasc. 6).

— *Gli spostamenti della laringe da causa intrinseca.* (Archivio Italiano di Otologia, a. XXXIII, 1922, fasc. 4).

G. BILANCIONI e S. ATTILJ. *Disturbi faringo-laringei, talora vaghi e mal definiti, dipendenti da lesioni intratoraciche.* (Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia, anno V, n. 4, 1924).

(2) G. BILANCIONI. *Laringe e nervo frenico.* (Atti della Clinica oto-rino-laringoiatrica della R. Università di Roma, anno 1926).

« Eseguendo la laringoscopia subito dopo l'intervento, non si nota alcun fatto importante. Ma tenuto in vita l'animale per alcuni mesi e sorvegliato periodicamente dal punto di vista dell'organo vocale si osserva che abbaia sempre meno e in modo poco energico; e, fatto di molto rilievo, si nota una torsione dell'epiglottide, nel senso che questa resta fissata dal lato della paralisi diaframmatica e come spinta in avanti dal lato normale. Oltre ciò la metà della laringe corrispondente al lato del torace immobile resta come un po' nascosta, meno visibile della opposta, in parte per la rotazione dell'opercolo e di tutto l'organo vocale, ma — sebbene la motilità intrinseca degli adduttori e degli abduttori sia ben conservata e pronta — quasi dissimulata per un dislivello del piano della glottide, che viene ad essere abbassata dal lato del diaframma immobile.

« Queste esperienze mostrano ancora una volta il legame intimo esistente nella meccanica del respiro, fra lo stato degli organi intra-toracici e la laringe.

« Il condotto laringo-tracheale è dunque legato, nella sua statica normale, a condizioni intrinseche, che nel giusto equilibrio delle forze tengono l'organo vocale nella posizione mediana più atta alla sua ascesa e alla discesa e alla libera vibrazione delle corde. Fra gli altri fattori che contribuiscono alla statica della laringe dobbiamo ricordare anche la funzione del diaframma, in quanto entra nella meccanica respiratoria ».

Pisa, Clinica otorinolaringoiatrica.

Prof. G. BILANCIONI.

RIVISTE DI TERAPIA.

La diatermia.

La diatermia è una forma di termoterapia nella quale gli effetti calorici si producono ed agiscono nella profondità dei tessuti.

Il principio della diatermia è basato sul fatto che una corrente elettrica passando attraverso sostanze che incontrano resistenza, l'energia elettrica si trasforma in calore (effetto Joule). Nel caso della diatermia la resistenza è costituita dai tessuti dell'organismo.

Per ottenere un calore sufficiente a dare effetti fisiologici e terapeutici occorrono correnti a forte tensione, che, come è noto, producono eccitazione dei nervi sensitivi e motori, shock elettrico. Tali inconvenienti si eliminano adoperando correnti la cui polarità cambia o si alterna con estrema frequenza. Le correnti elettriche ad alta frequenza non producono alcun fenomeno di eccitazione, e neppure coagulazione dell'albumina e fatti di elettrolisi. Ciò si deve verisimilmente alla breve durata della scariche elettriche (1,000,000 e più al secondo), che perciò non hanno il tempo di provocare i fenomeni prodotti dalla corrente elettrica a bassa frequenza (25 a 500 scariche al secondo). Le correnti elettriche a forte voltaggio e ad alta frequenza sono affatto innocue e non provocano nell'organismo che una forte produzione di calore.

L'uso dell'alta frequenza in terapia fu introdotto in terapia nel 1890 dall'americano Tesla, ma fu il D'Arsonval nel 1895 che ne scoprì l'effetto termico sui tessuti dell'organismo e la diatermia, come mezzo di cura, cominciò ad avere larga applicazione dopo che Nagelschmidt nel 1910 costruì il primo apparecchio adatto a tale scopo.

Gli apparecchi per la diatermia hanno la funzione di trasformare la corrente elettrica commerciale, ordinariamente a bassa tensione, in corrente ad alto voltaggio, 10,000-35,000 volts, e poi in corrente alternata ad alta frequenza.

Per ottenere gli effetti diatermici il corpo umano deve essere inserito nel circuito della corrente ad alta frequenza. Si adoperano elettrodi di varia sostanza e foggia, ma i più raccomandabili sono quelli costituiti da lamine di piombo di varia superficie a seconda dell'estensione e profondità della parte da curare. Queste lamine di piombo, rivestite di cotone, devono essere bene adattate, aderenti alla superficie cutanea in modo da evitare la scarica di scintille dolorosissime, e la conseguente formazione di escare. Si adoperano anche rulli metallici nudi o rivestiti di sostanza spongiosa imbevuta di soluzione di cloruro di

sodio. Questi rulli si fanno scorrere, fino a tolleranza, sul territorio sottoposto a trattamento.

La grandezza, in superficie, degli elettrodi deve variare a seconda della grandezza dell'organo o della parte sulla quale si vuole agire. Al riguardo è a tener presente che l'effetto calorico è in ragione inversa della superficie dell'elettrode, per modo che con elettrodi piccoli si ha una concentrazione di colore molto più che con elettrodi grandi. Se si desidera che il calore si diffonda uniformemente e dolcemente su una parte dell'organismo molto ampia, conviene adoperare elettrodi a larga superficie, quando invece occorre agire su processi morbosi ben localizzati e limitati conviene adoperare elettrodi piccoli.

È ovvio che, specie in quest'ultimo caso, si deve sorvegliare attentamente la intensità della corrente per evitare possibili inconvenienti da eccessivo riscaldamento.

La tecnica per graduare la intensità della corrente si acquista con la pratica. Non si possono dare norme precise e generali per la variabilità degli apparecchi e sopratutto per la varia resistenza che offrono i pazienti. In genere due Ampère sono ben tollerati anche dalle parti più delicate. In ogni caso conviene che l'intensità della corrente ad ogni applicazione sia aumentata lentamente fino al limite di tolleranza.

Gli elettrodi vanno applicati sulla parte affetta, quanto più è possibile, in apposizione perfetta, in modo che la corrente abbia una direzione diretta e attraversi una parte dell'organismo la più breve che sia possibile.

La durata di ogni seduta varia a seconda dell'affezione che si vuol curare e della resistenza individuale. In genere per lesioni localizzate sono sufficienti applicazioni quotidiane di 15-20 minuti, ma questo limite può essere oltrepassato senza danno sempre che gli elettrodi siano stati bene applicati e la intensità della corrente sia stata adeguatamente graduata in modo da non provocare molestie e sofferenze ai pazienti.

La diatermia, come si è più volte ripetuto, provoca la produzione di calore nell'organismo. La prima a riscaldarsi è la pelle, ma poi pian piano si riscaldano le parti sottostanti e profonde, ad un grado che varia con la loro struttura e la loro profondità. Questo fatto è stato sperimentalmente documentato negli animali: il termometro posto nei vari tessuti ed organi indicava un notevole aumento di temperatura, fino a raggiungere, durante le applicazioni prolungate e con correnti intense, il grado di coagulazione dell'albumina.

Non è bene assodato se oltre l'aumento della temperatura la corrente ad alta frequenza provochi altri effetti, e se gli effetti terapeutici debbano attribuirsi esclusivamente all'aumento della temperatura dei tessuti. Sembra che agiscano anche effetti schiettamente elettrici dovuti alle oscillazioni dell'alta frequenza non smorzate sugli ioni e le particelle colloidali dotate di carica elettrica.

Certo è che gli effetti fisiologici di tali applicazioni sono uguali a quelli che ordinariamente si riscontrano nei tessuti riscaldati con sorgenti di calore di altro genere.

Innanzi tutto v'è la tipica sensazione di caldo, che diventa man mano dolorosa ed insopportabile quando la temperatura delle parti trattate supera i 45 gradi. Si ha nello stesso tempo iperemia dei tessuti, con rapido aumento della circolazione arteriosa e capillare, dilatazione dei vasi, incremento della fagocitosi.

Prolungando l'applicazione anche la temperatura di tutto il corpo si eleva leggermente. Ciò è dovuto al fatto che il sangue circolante nella parte trattata si riscalda esso pure e diffonde il calore a tutto l'organismo. Questo effetto è tanto più notevole in quanto la diatermia aumenta l'afflusso di sangue nella regione riscaldata, ed è in rapporto diretto con la vascolarizzazione e la vitalità dei tessuti trattati. È ovvio che il sangue sottraendo a questi ultimi calore e diffondendolo in tutto l'organismo attenua gli effetti termici locali e provoca reazioni generali, quali l'acceleramento del battito cardiaco e di quelli respiratori, l'abbassamento, sia pur leggero, della pressione vasale, l'abbondante diaforesi. Oltre a ciò si hanno effetti sul ricambio materiale e sulla crasi sanguigna, quali l'incremento degli scambi gassosi, aumento dell'eliminazione dell'azoto totale e del fosforo, aumento del numero dei corpuscoli rossi e dell'emoglobina, dei leucociti mononucleari e riduzione di quelli polinucleari.

La diatermia agisce localmente su i singoli organi attivandone le rispettive funzioni. Così è stato dimostrato che le applicazioni sul fegato aumentano la produzione della bile, sulla tiroide ingrossata dal gozzo endemico riducendo i disordini ipotiroidei, sulla milza aumentando il numero dei corpuscoli rossi e bianchi in circolazione, sulla glandola mammaria aumentando la produzione del latte e sullo stomaco eccitandone la secrezione e la motilità.

La diatermia ha avuto in terapia larghissima applicazione. Il benefico uso empirico del caldo in molte affezioni ha fatto riporre in questo nuovo metodo di cura molte speranze, tanto più che si tratta di un calore non di origine esogena, ma endogena che si può fare agire nell'intimo stesso dei tessuti, inaccessibili all'aumento di temperatura indotto per conduzione attraverso le applicazioni superficiali cutanee. Va per altro notato che la termoterapia endogena non sempre ha il medesimo meccanismo d'azione della termotera-

pia esogena, forse perchè quest'ultima in alcune affezioni più che per il calore penetrato per conduzione, agisce come rivulsiva o attivando la funzione cutanea la cui importanza nella difesa immunitaria dell'organismo si va sempre più precisando. D'altra parte non si può escludere nella diatermoterapia l'influenza di azioni elettriche dirette.

Comunque la diatermia è stata largamente sperimentata nella pulmonite, nella quale si è mostrata essenzialmente vantaggiosa nel ridurre le sofferenze dei pazienti, il dolore, la tosse, il senso di prostrazione. Si è dimostrata utile anche nelle bronchiti agevolando la fluidificazione e l'emissione dell'espettorato. Nelle pleuriti essudative favorisce il riassorbimento del liquido.

Non v'è affezione nella quale la cura diatermica non sia stata tentata, ma i risultati non sempre sono stati brillanti e comunque costanti. Così è stata provata nei vizi valvolari del cuore per attenuare i disturbi del ritmo ed i fatti di scompenso, nelle varie forme di angina e pseudo-angina per calmare il dolore, nell'ipertensione per abbassare la pressione, nell'arterite obliterante per attivare il circolo, ma gli effetti non sono stati, almeno sempre, rispondenti alle speranze.

Si adopera anche come applicazione generale quando è necessario attivare il ricambio organico, fornire all'organismo energia calorica, come nel deperimento e depauperamento organico da qualunque causa dipendente.

Ma là dove la diatermia dà i risultati più eccellenti è in tutte le forme di affezioni croniche e dolorose del sistema osseo, muscolo e nervoso periferico. La diatermia sembra il rimedio specifico di tutte quelle forme morbose a processo infiammatorio lento e cronico, e che vengono comunemente designate con il nome di artritiche e reumatiche. Essa calma la eccitabilità delle terminazioni nervose, favorisce la nutrizione dei tessuti e il riassorbimento degli essudati.

Nella sciatica, come in tutte le forme nevralgiche e neuriti, nella lombaggine, nella coccigodina, nelle artriti d'ogni genere e localizzazione, nella gotta, nelle borsiti, nelle pseudosinoviti, nelle aderenze post-operatorie, le applicazioni diatermiche danno benefici evidentissimi e presso che sicuri, tra i quali il più immediato è la cessazione del dolore.

È forse esagerata l'affermazione che la diatermia dia risultati sicuri e radicali in tutte le affezioni nelle quali esiste un processo infiammatorio, ma è certo che essa riesce quasi sempre vantaggiosa nel calmare il dolore, ed è perciò che essa è sopratutto consigliabile nelle forme nelle quali questo sintomo è preminente.

G. DRAGOTTI.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Segni precoci del cancro dell'esofago.

(G. GUISEZ. *Presse Médicale*, 31 luglio 1926, n. 61)

L'A. tratta solo del cancro localizzato lungo il tragitto dell'esofago, non parlando di quello dei due estremi esofagei, cardias ed estremo superiore. Ora che la chirurgia dell'esofago è di molto più attiva, e la tecnica della curiterapia migliorata, si possono avere dei buoni risultati nel cancro dell'esofago a patto però che sia trattato precocemente. Esistono sempre segni precoci ma bisogna saperli trovare con una anamnesi accurata.

Abbiamo spesso che il passaggio di un bolo solido all'inizio incontri un arresto nella discesa per cui il p. è costretto a bere dell'acqua per farlo progredire; tale arresto nella discesa del bolo solido e non mai quando si tratti di un liquido o semiliquido deve fare escludere la diagnosi di uno spasmo semplice, giacchè in quest'ultimo la disfagia sebbene anche intermittente si ha anche e più forse per i liquidi. Però il medico è sviato spesso nella sua diagnosi perchè egli attende *la classica disfagia progressiva caratteristica del cancro*, che non è mai precoce; perchè i segni precoci fanno pensare ad uno spasmo semplice, e perchè infine manca all'inizio qualsiasi risentimento dello stato generale, giacchè la cachessia viene solamente quando la stenosi determina inanizione. C'è poi la lenta evoluzione di questo cancro specie negli individui d'età avanzata, gli stessi raggi X (utilissimi nel periodo di stenosi confermata) spesso ingannevoli all'inizio, e la famigerata esplorazione con la sonda, che sviano la diagnosi e rubano un tempo prezioso per la terapia.

Altri segni precoci, specie quando la disfagia manca, sono: un essudato biancastro o nerastro che sta ai lati della linea mediana della base della lingua, piccole strie sanguigne nell'escreato, un'ematemesi unica in uno che presenta segni di spasmo, disturbi della voce precoci nel cancro della porzione alta.

In tutti questi casi, al benchè minimo sospetto di cancro, è necessario ricorrere all'esofagoscopia, facile ed inoffensiva con una buona tecnica, che offre dei segni che non ingannano mai. Una ulcerazione o una vegetazione che riposa su una parete indurita, che ha perduta ogni mobilità respiratoria o cardiaca, che sanguina al minimo tocco, è sempre cancro.

Le lesioni ipertrofiche e vegetanti da stenosi flogistiche non sanguinano e non riposano su una base indurita e infiltrata. La sifilide esofagea

(gomma o cicatrice) è una vera rarità. In caso di dubbio una biopsia risolve tutto.

L'articolo dell'A. s'indirizza ai medici, purtroppo però questi sono consultati dai pazienti solo quando il loro male è molto progredito ed ha provocato i *dolori*, indice sempre che il cancro ha oltrepassato le pareti esofagee.

VENANZIO LOZZI.

Sulla diagnosi della lues gastrica.

(EMELIN. *Bruns Beiträge z. Klin. Ch.*, Bd. 134. H. 4).

La grande rarità della sifilide gastrica si rileva dal fatto che su 10,000 sezioni dell'istituto patologico di Eppendorf non ne è stato trovato alcun caso. Fraenkel nei suoi 40 anni di attività ne ha osservato solo 4 casi.

Hausmann nel 1913 ha detto che molti di quei casi di malattie dello stomaco con ipo- o anacidità si dovevano attribuire alla sifilide.

È da notare la differenza nella frequenza tra le lesioni luetiche del retto e quelle dello stomaco ed intestino. La diagnosi clinica è stata solo in qualche caso fatta essendo molto difficile. Il sospetto può essere dato dalla reazione di Wassermann, dalla scomparsa di disturbi dopo una cura specifica. La ana- ed ipoacidità è il sintoma clinico più importante; poi si possono riscontrare dolori, achilia, forte cachessia; le emorragie sono rare; infine si possono avere segni di stenosi con stomaco a clessidra o chiusura del piloro. In breve si hanno cioè i segni di un'ulcera o di un carcinoma iniziale dello stomaco.

Infatti i due casi occorsi nella clinica di Sudeck furono diagnosticati clinicamente uno come ulcera, l'altro come carcinoma.

Però esistono dei segni per cui si può fare la diagnosi durante l'operazione. Nel primo caso si trovò una considerevole infiltrazione dura della parete gastrica che si diffondeva senza limiti distinti nel tessuto sano. Lo stomaco aveva colorito pallido, non si rintracciava presenza nè di ulcera nè di carcinoma. Per ciò si pensò ad una lesione luetica. Nel secondo caso si rinvenne una infiltrazione ed indurimento della parete gastrica senza limiti netti che dava l'impressione d'un processo infiammatorio. Anche in questo caso, edotti dal primo, poterono fare diagnosi di lues gastrica.

Poichè furono praticate due resezioni ha potuto studiare anatomo-patologicamente i pezzi riscontrando: una infiltrazione della parete specialmente della mucosa e sottomucosa, la presenza di 3 ulcere. Ricorda a proposito che in un caso descritto da Fraenkel esistevano 31 ulcere dell'intestino e 13 dello stomaco, in un altro di Meschede 51 ulcere dello stomaco. Nel secondo caso si notò un'ulcera nello stomaco larga 1 cm. e mezzo ed un'altra nel piloro. Le lesioni istologiche sono caratteristiche e sono di due ordini: infiltrazione della mucosa e sottomucosa costituita da plasmacellule e linfociti; alterazione dei vasi con endoarterite obliterante od endoflebite produttiva fino ad aversi la chiusura del lume o con infiltrazione cellulare nelle pareti vasali.

Quando si può fare la diagnosi prima vale la cura specifica; quando la diagnosi si può fare durante l'atto operativo il trattamento migliore è la resezione del tratto di stomaco ammalato cui seguirà una energica cura specifica.

R. BRANCATI.

Dolori funzionali del colon terminale.

(B. UDAONDO, L. I. SANGUINETTI. *Archiv. Argent. eufermed. apar. Digest. y Nutric.*, n. 3, 1926).

Accanto ai dolori del retto e dell'ano per malattie proprie di queste parti ed alle neuralgie secondarie a disturbi riflessi o nervosi, come le ben note rettalgie dei tabetici e degli epilettici, si possono avere, se bene in proporzione assai minore, dolori violenti e ribelli localizzati al retto o allo sfintere che si verificano al di fuori di ogni dimostrabile alterazione organica. Sono queste le rettalgie ed analgie *sine materia*, le neuralgie rettali primitive di cui gli AA. hanno osservato 5 casi. Esse sono rappresentate da crisi dolorose intermittenti e parossistiche insorgenti, senza causa apparente, a livello del retto o dell'ano o della regione sacro-coccigea.

La crisi si inizia frequentemente di notte, durante il sonno, con un dolore spontaneo sordo, di breve durata e sopraveniente senza orario fisso; esso diviene presto acuto fino a costituire accessi penosissimi che durano pochi minuti, qualche ora e financo giorni.

Il tipo del dolore è vario: talvolta è lancinante, talaltra folgorante e penetrante e può raggiungere intensità insopportabili. L'inizio della crisi può essere anche brusco come brusco ne è in genere il termine. Il dolore presenta irradiazioni numerose: avendo come punto di partenza abituale il retto o la porzione terminale dell'ansa sigmoidea esso si irradia, secondo i casi, allo sfintere anale, al perineo, allo scroto, alla regione sacro-coccigea, lungo il decorso dello sciatico, alla vescica determinando un molesto tenesmo con falso bisogno di orinare. In genere non si provocano dolori alla pressione della regione e dei nervi. L'esplodere della crisi, nella massima parte dei casi, non ha relazione con la defecazione; anzi spesso il vuotamento del retto può provocare un momentaneo

o duraturo sollievo. Il contrario accade in genere nelle alterazioni anatomiche del retto e del sigma.

L'esame dell'ano, del retto, del sigma, praticato con tutti i mezzi più minuti di osservazione ed a più riprese, si dimostra del tutto negativo.

Dai vari AA. sono state date differenti spiegazioni di questa sindrome. Romberg e Pikardt pensano ad una iperestesia del plesso ipogastrico, altri ad una neuralgia. U. e S. credono piuttosto si tratti di un particolare modo di reazione di soggetti nevropatici. È in molti casi indubitabile la partecipazione di un fattore psichico: l'esame di questi soggetti dimostra trattarsi assai spesso di infermi nervosi, eccitabili. Ma altre volte l'esame dei malati è negativo anche dal punto di vista psichico. In due dei soggetti studiati dagli AA. esistevano segni manifesti di ipervagotonia a manifestazioni multiple.

Punto di partenza per l'esplosione del dolore può essere ritenuta la coprostasi; feci indurite ed accumulate nell'ultima parte dell'intestino, determinando una distensione rettale e compressione dei nervi sacrali, possono costituire uno stimolo capace di scatenare la crisi dolorosa.

Il trattamento di queste ano- e rettalgie è difficile, delicato e paziente. Rimedi farmaceutici numerosi sono stati consigliati. È stata tentata anche la distensione dello sfintere. Utili in qualche caso sono state le applicazioni elettriche (corrente faradica e galvanica, corrente ad alta frequenza). Il caldo applicato sulla regione sotto varie forme, compresa la diatermia, pare dia il massimo sollievo. Una parte importante e prevalente spetta però alla psicoterapia.

D. MASELLI.

SCHELETRO.

Lo sviluppo della tuberosità della tibia e la patogenesi del morbo di Schlatter.

(E. FELS. *Arch. f. Klin. Chir.*, vol. 129, fasc. 3, pag. 552).

Prima di Schlatter scarse e frammentarie erano le conoscenze sullo sviluppo della tuberosità tibiale. Si sapeva solo che nella pubertà si sviluppava in corrisp. dell'epifisi superiore della tibia una specie di sperone che si adagiava sulla faccia anteriore dell'osso. Nei trattati di anatomia si leggeva come tale sviluppo si effettuava durante l'11°-13° anno di età, il saldamento con la tibia nel 18°-25° anno. Nel 1903 Schlatter scrisse come per un distacco parziale, venisse a trovarsi sollevata o distaccata completamente *una parte della tuberosità tibiale*, come poi si passasse a guarigione mediante la formazione di un callo osseo. Tale lesione doveva assolutamente venir distinta dalle fratture da strappamento di *tutta la tuberosità* e che prima di lui erano già perfettamente conosciute. Schlatter eseguì allora delle ricerche radioscopiche e trovò che senza eccezione esisteva un nucleo osseo ben distinto proprio del processo ensiforme e che si fondeva poi con un altro nucleo proveniente dall'epifisi. Ora il morbo di Schlatter corrisponde al distacco di questo processo ensiforme.

In genere il proc. ensiforme sorge a 12-14 anni e si riunisce con l'epifisi nel 20° anno di età. La maggior parte delle ricerche furono eseguite allora su radiografie. Mancando delle ricerche sulle ossa l'A. ha fatto un lavoro in questo senso: ha studiato 73 epifisi superiori di tibia sezionati perpendicolarmente al maggior asse appartenenti a feti ed adulti fino a 23 anni. Egli ha potuto constatare come già nel 4°-5° mese della vita intrauterina si ritrovi un processo formato di cartilagine autonomo, e come dall'epifisi si profili in avanti verso di esso una piccola placca cartilaginea che si perde nel connettivo periostale. A 8 mesi e nel neonato tale processo è già più evidente ed è situato più in basso del confine tra diafisi ed epifisi.

Durante il primo anno di vita non si osserva nessun cambiamento: dopo a seconda la ossificazione più o meno spiccata del connettivo il processo rimane più o meno avvicinato all'osso della diafisi. È difficile ora colpire il momento in cui si verifica l'ossificazione autonoma del nucleo dell'apofisi, ma questa deve svolgersi in breve tempo (al più in qualche mese radioscopicamente almeno). L'A. è stato così fortunato da poter colpire un paio di questi casi e ha potuto constatare come l'ossificazione proceda non solo da uno, ma da due centri sovrapposti non rivelabili con' i raggi X. Talora rimangono le traccie di questa indipendenza. Nell'ulteriore decorso si assiste alla lenta scomparsa del connettivo periostale rivestente la faccia anteriore della tibia interposto tra questo osso e l'apofisi. La completa ossificazione si compie tra il 12° e il 19° anno e più precocemente nella femmina che nel maschio. Riferendosi ora al morbo di Schlatter bisogna riconoscere come sotto tale denominazione si sia andato accumulando una quantità di materiale che con la vera malattia (*strappamento parziale dell'apofisi*) non ha nulla che vedere. Ciò nonostante è da tener presente come la malattia colpisce quasi esclusivamente i maschi tra il 12° e il 17° anno di età. Occorre sopratutto ricordare come al disotto della apofisi si possa riscontrare tra essa e la diafisi la zona connettivale, già ricordata, tanto da simulare, radiograficamente, un distacco parziale di essa. Se esiste anche un modico dolore si può incorrere nell'errore ed ammettere un morbo di Schlatter.

Ora tra le cause etiologiche meno attendibili sono da ricordarsi l'infiammazione (periostale e osteocondrale) contro cui parlano non solo la negatività del reperto ma anche il decorso, e il trauma che non sempre è dimostrabile. Più convincente appare l'ipotesi di Fromme che vorrebbe riconoscere nella malattia una rachitide tardiva. In un terreno così preparato basta una piccola contrazione non avvertita dal paziente per determinare il distacco parziale della tuberosità.

E. M.

Le deformazioni della colonna vertebrale nella tabe e il loro trattamento.

(LAMY e LEUBA. *Rev. Neur.*, n. 1, t. 1, luglio 1926).

Tutti i trattati parlano delle artropatie tabetiche, del male perforante plantare, delle fratture spontanee, ma nessuno in genere parla diffusamente delle artropatie che interessano la colonna vertebrale nella tabe. Sebbene non siano molto frequenti, pur tuttavia tali disturbi meritano d'essere meglio conosciuti, per essere svelati in tempo utile per il trattamento medico.

Il primo caso fu osservato da Charcot; e Kroenig fu il primo ad applicare in tali casi un busto ortopedico.

I *sintomi* clinici dell'artropatia vertebrale sono lenti ed insidiosi, e spesso indolori, ed attirano l'attenzione del malato allorchè si stabilisce una gibbosità lombare con scricchiolii della colonna vertebrale. In genere è il segmento lombare che subisce tale deformazione, e la deviazione è una cifo-scoliosi totale, destra o sinistra, o a doppia curvatura.

Queste deviazioni sono indolori, sia ai movimenti del corpo, sia alla pressione, e conservano una mobilità anormale.

Per la *diagnosi*, in primo luogo bisogna pensare alla tabe, e cercarne tutti i sintomi clinici. Una diagnosi differenziale tra quelle artropatie e il reumatismo cronico anchilosante, l'osteite deformante, le fratture, l'artrite deformante, il morbo di Pott, gli aneurismi ed i tumori consiste nella insorgenza insidiosa ed indolente. La radiografia decide infine sulla natura dell'artropatia, la quale allorchè è tabetica, mostra a' raggi un disturbo trofico delle ossa, consistente in un'atrofia (intensa decalcificazione della parte spongiosa de' corpi vertebrali) ed una ipertrofia (formazione di nuove trabecole).

Questa vera distruzione e ricostruzione ossea produce la deviazione e l'accavallamento delle vertebre malate.

In un secondo tempo avviene l'affondamento delle vertebre, le quali nei movimenti presentano dei crepitii che contrastano con l'assenza di ogni dolore. Talora però esiste in questo periodo un vivo dolore.

I tumori vertebrali si possono confondere con queste artropatie, ma la lastra radiografica mostra una netta differenza tra le due affezioni, e nel caso dei tumori, si hanno delle immagini particolarmente opache delle ossa, le quali per questo carattere son dette « ossa nere ». Nei tumori inoltre la proliferazione ossea è confusa, anarchica, mentre che nella tabe le vertebre conservano netti i limiti, sebbene siano deformate.

Non si può inoltre confondere una gibbosità tabetica con un Pott: questo si accompagna spesso ad un ascesso, la prima no; la tabetica conserva la mobilità della colonna vertebrale, la pottica presenta la rigidità del segmento malato.

Queste artropatie tabetiche hanno una evoluzione fatale, se non sono curate a tempo, prima che avvenga l'affondamento delle vertebre.

È opportuno quindi ricercare sistematicamente queste affezioni, per la loro natura insidiosa e indolore.

Il trattamento usato dall'A. — contrariamente all'opinione di Abadie, il quale non voleva aggiungere alle sofferenze della malattia una nuova sofferenza — consiste nell'applicazione di apparecchi ortopedici adatti, ed applicati con arte, per raddrizzare la deviazione della colonna vertebrale.

Dalla lettura di tre casi clinici riferiti, si ricava che l'applicazione di letti a piastra, e poscia di busti ortopedici, migliorò notevolmente i disturbi, tanto da permettere ai pazienti di ripigliare un lavoro compatibile con l'affezione tabetica.

CARUSI.

INFEZIONI.

Sepsi da paratifo.

(F. LEHR. *Medizinische Klinik*, 28 maggio 1926).

Le infezioni da paratifo B non decorrono sempre con sintomi gastro-intestinali, ma offrono spesso il quadro di affezioni di altri organi. Si conoscono casi di polmonite lobare, bronchiti, malattie dei reni, della vescica, delle vie biliari, meningiti, ecc., provocate dal paratifo B. Trattasi però per lo più di batteriemia e solo raramente di sepsi.

Il caso dell'A. riguardava un uomo di 66 anni, che era sempre stato sano, salvo una polmonite fatta una quarantina d'anni prima. Tre settimane avanti l'ingresso nell'ospedale era stato colto, mentre era sul lavoro, da forte brivido, per cui era stato portato a casa. Da allora, aveva avuto temperatura elevata la sera e normale al mattino. Venne inviato all'ospedale con diagnosi di polmonite da influenza.

Il malato si lamentava di dolore puntorio laterale, di dispnea e di cefalea. Era in buono stato di nutrizione, di costituzione robusta, di colorito cianotico; lievi edemi malleolari. Torace un po' rigido, con scarse escursioni respiratorie; ottusità e respiro bronco-vescicolare con rantoli a piccole e medie bolle sul polmone destro posteriormente in basso. Polso frequente (100); II tono accentuato sull'aorta e sulla polmonare; pressione al Riva-Rocci, 135/65. Addome trattabile, un po' dolente alla pressione; fegato due dita sotto le coste, dolente alla pressione; milza non palpabile, regione renale dolente alla pressione. Urina con albumina, cilindri jalini e granulosi, pochi leucociti ed epiteli renali. Temperatura: 36° al mattino, poi con brividi di freddo, salita a 38°.8 nel pomeriggio.

Venne fatta diagnosi di broncopolmonite con debolezza cardiaca. Nel giorno seguente, il paziente ebbe 4 scariche, senza nulla di caratteristico; si venne a sapere che all'inizio della malattia, aveva avuto diarrea, che poi era cessata; diazoreazione nell'urina, negativa.

La temperatura, sempre con brividi pomeridiani, raggiunse un giorno 39°.4; si sviluppò in tali giorni una broncopolmonite al lobo inferiore sinistro. La conta dei leucociti diede 5800, con deviazione del quadro leucocitario verso sinistra.

In considerazione della febbre remittente e delle diarree, si fecero ricerche batteriologiche sulle feci, sul sangue e sull'urina; tutte riuscirono negative per tifo e paratifo, salvo l'emocultura positiva per il paratifo B. Con il trattamento per mezzo del chinino, si riuscì a mantenere la temperatura ad altezza moderata; le condizioni del cuore migliorarono; quando, all'ottavo giorno dall'ingresso all'ospedale, il paziente ebbe un forte brivido ed al mattino morì col quadro di embolia polmonare.

All'autopsia, si trovarono focolai broncopneumonici in parziale risoluzione in entrambi i lobi inferiori; pigmentazione dei follicoli del Peyer; embolismo del tronco principale dell'arteria polmonare d'ambo i lati; trombosi della vena femorale destra. La milza ed i focolai broncopneumonici centenevano il paratifo B in coltura pura.

Lo studio della curva termica ed, in seguito, le ricerche batteriologiche resero possibile di farsi un esatto concetto del caso. Punto d'ingresso dei bacilli paratifici, si deve ritenere che sia stato l'intestino, tanto più che la malattia si era iniziata con diarree; però le alterazioni riscontrate all'autopsia nella mucosa intestinale erano così piccole da considerarsi appena come patologiche.

Nel quadro clinico predominavano i gravi fenomeni generali e ciò tanto all'anamnesi che all'osservazione. La batteriemia, il reperto anatomopatologico di una milza molle e, specialmente il reperto in essa del paratifo B in coltura pura, completano il quadro di una sepsi. Le alterazioni polmonari sono da considerarsi come secondarie. Si tratta quindi di una sepsi da paratifo senza una porta d'ingresso chiaramente riconoscibile.

Un caso analogo è stato descritto da Graich, decorso col quadro clinico di una gastroenterite, tanto grave da richiamare l'idea di avvelenamento.

I bacilli paratifici possono, al pari di altri microorganismi, rimanere nel corpo senza provocare sintomi di malattia e, soltanto in determinate circostanze, possono diventare patogeni. Quali siano state le condizioni per cui nel caso descritto si è avuta la sepsi, non si può dire. Per il suo decorso, per l'inizio acuto, per il quadro spiccato di una sepsi, il caso descritto rimane, a detta dell'A. diverso da quelli finora descritti nella letteratura.

FILIPPINI.

La vaccinoterapia specifica nella cura delle malattie infettive.

(HILGERMANN. *Munchner med. Woch.*, n. 22, 1926).

Soltanto l'autovaccino-terapia può dare risultati nelle infezioni dovute a germi il cui tipo tende a variare. La cura con vaccini preparati con germi simili presi da altri ammalati si deve considerare una proteinoterapia aspecifica, che può dare risultati buoni, sempre però inferiori a quelli della vaccinoterapia specifica. La vaccinoterapia specifica si deve tentare in tutte le malattie infettive che non abbiano decorso rapidamente settico, in cui non esista alcun mezzo sicuro chemoterapico e in cui non esistano controindicazioni alla vaccinoterapia (vizi cardiaci, diabete).

La vaccinoterapia deve venire applicata razionalmente prendendo in considerazione la virulenza dei germi, lo stato dell'organismo, il decorso passato della malattia. Di solito si cura un organismo ammalato i cui anticorpi sono già stati in gran parte esauriti dai germi e dalle loro tossine. Si può allora sperare di riuscire ad eccitare le cellule a formare anticorpi soltanto se si dosa con grande precauzione lo stimolo adattandolo allo stadio della malattia ed allo stadio di forze del malato. Dosi minime di autovaccino specifico possono raggiungere tale scopo: non è affatto necessario che esse provochino una reazione evidente generale o locale, anzi, quanto meno appariscente è tale reazione tanto più efficace, anche se più lento è lo stimolo alla formazione di anticorpi. Dosi forti di vaccino legano gli anticorpi ancora disponibili e così privano l'organismo delle sostanze difensive anzichè eccitarne la formazione.

Criteri razionali per il dosaggio dei vaccini sono stati esposti dall'autore nella *Munchner med. Wochenschr.*, n. 6, 1922.

Non è sempre necessario fare delle culture allo scopo di isolare l'agente morboso. Si possono usare direttamente il sangue o l'urina centrifugati. Il sedimento lavato si diluisce all'1:10 con soluzione fisiologica e si filtra. Secreti purulenti vengono pestati nel mortaio con soluzione fisiologica e filtrati. Questi materiali vengono più o meno diluiti a seconda del loro contenuto in batteri.

Per uccidere i germi si aggiungono a 10 cmc. 4 gocce di formalina; se si vuole preparare rapidamente l'autovaccino da usarsi subito, anzichè formolizzare si riscalda la diluizione di germi per mezz'ora a 60 gradi dopo aver aggiunto due gocce di acido fenico. L'autovaccinoterapia dà buoni risultati specialmente nelle malattie infettive della pelle: foruncoli (iniezioni alle dosi di 1 cmc. di diluizione 1:100 o 1:1000, a seconda delle forze del malato), ascessi, eczemi, erisipela, ecc. Buoni risultati si ottengono anche nelle osteomieliti, nella tonsillite, nelle sinusiti, nelle cistiti, nella gonorrea. Nella gonorrea si devono usare dosi leggere: se si tratta di donne già indebolite, affette da gonorrea cronica, dosi di mezzo cmc. di diluizione all'1:100,000. Dopo 5 o 6 di tali iniezioni (una ogni sei giorni) si passa alla diluizione 1:10.000, aumentando poi progressivamente la concentrazione a seconda delle condizioni generali e locali. Risultati meno buoni si ottengono nella gonorrea dell'uomo: quasi inefficace nella gonorrea acuta, la vaccinoterapia diventa più utile nelle complicazioni (prostatite, epididimite, reumatismo), si inietta ogni 5 giorni 1 cmc. di diluizione 1:10.000, aumentando in seguito la concentrazione.

POLLITZER.

La setticemia gonococcica dal punto di vista clinico e terapeutico.

(M. FAURE-BEAULIEU. *Le Journ. médical français*, marzo 1926).

La blenorragia che generalmente realizza il tipo di una malattia puramente locale e che non porta complicazioni se non per propagazione agli organi vicini, può in qualche caso prendere l'andamento inatteso di un'affezione generale a localizzazioni ben lontane dal focolaio iniziale. Questo accade il più spesso quando il gonococco ha oltrepassato la prima tappa e si è localizzato nell'uretra posteriore o nella prostata, nell'utero o nelle tube, ma può anche verificarsi in seguito ad una semplice vulvite o balanite. Vi sono poi delle cause occasionali, come il cateterismo intempestivo, il diabete, la gravidanza.

La data di comparsa è varia; nella maggioranza dei casi nelle prime settimane della blenorragia, ma talvolta dopo mesi ed anni, oppure pochi giorni dall'inizio dello scolo, in un caso anche all'indomani del coito infettante, prima quindi che si iniziasse lo scolo.

La setticemia gonococcica è generalmente caratterizzata dalle metastasi, ma può osservarsi anche senza di queste. Una gonoemia può aversi, transitoria e fugace, nel decorso della blenorragia, con accidenti generali (brividi, febbre a 39°-40°, sudori, stato sincopale, polso frequente) e successive localizzazioni metastatiche, oppure la gonoemia può essere latente ed aversi soltanto le localizzazioni.

Oltre a queste forme di setticemia lievi, se ne possono avere di gravi:

1) Forma continua, rara, che può simulare perfettamente la tifoide, pur tuttavia con cadute insolite e localizzazioni inusate nelle tifoide (articolazioni, endocardio); l'emocultura sola toglie il dubbio.

2) Forma remittente; la febbre procede ad attacchi di uno o diversi giorni, con brividi, traspirazioni abbondanti, con recrudescenza di tutti i disturbi ed una facies da infettato. L'anemia può essere intensa e rivestire il tipo pernicioso (450,000 emazie per mmc.). Questo stato può continuare per settimane e mesi.

3) Forma francamente intermittente, che è forse la più comune. Si hanno attacchi successivi analoghi a quelli malarici: grandi accessi con i tre stadi tipici di brivido, febbre e sudori, con splenomegalia che aumenta in occasione degli accessi. Questi però sono assai irregolari nella loro comparsa ed affrettano talora il tipo remittente. La situazione può prolungarsi per settimane e mesi.

Le metastasi. — Assai frequente è la localizzazione articolare che è tanto caratteristica della gonococcemia che, allorchè durante uno stato setticemico si hanno delle manifestazioni articolari, si deve pensare alla natura gonococcica e fare tutti gli esami necessari, specialmente l'emocoltura. Viceversa si deve diffidare degli stati setticemici battezzati per gonococcici, senza prove batteriologiche, in cui i tessuti articolari e paraarticolari siano rimasti indenni.

Altra localizzazione caratteristica della gonococcemia è quella cardiaca, qualche volta in forma di pericardite, il più spesso endocardite. Malgrado la gravità estrema dell'endocardite gonococcica, non si deve ritenere che essa sia assolutamente fatale trovandosi nella letteratura qualche caso di guarigione.

Le altre metastasi possono aversi. Nel *fegato*; generalmente rispettato dal gonococco; sono noti tre casi di metastasi. *Polmone;* si hanno osservazioni in cui dall'espettorato è stato isolato il

gonococco in coltura pura, da un malato con un focolaio bronco-pneumonico. *Pleura;* tipico è un caso in cui, durante un'uretrite e con fenomeni generali che davano l'idea di setticemia, si dichiarò una pleurite a liquido sierofibrinoso un po' torbido in cui si trovò il gonococco; l'essudato divenne poi purulento. *Sistema nervoso*: la questione delle metastasi non si può ritenere ancora risolta. *Pelle*: gli eritemi, come pure le cheratosi che si hanno durante la blenorragia sono da considerarsi come di natura setticemica. Nelle osservazioni recenti, più che nelle antiche, si trova la tendenza delle eruzioni cutanee blenorragiche a prendere la forma di porpora. *Tessuto cellulare*: sono state pubblicate osservazioni di raccolte gonococciche sottocutanee di origine sanguigna. *Occhio*: l'A. non ritiene sufficientemente provati i casi di congiuntivite considerati come di origine endogena; anche le otiti blenorragiche sono assai dubbie e non ben provate.

Sintesi clinica. — Il quadro clinico della setticemia blenorragica consiste in uno stato febbrile, il più spesso leggero e fugace, altre volte più tenace, con tendenza a prendere un andamento più o meno intermittente, più raramente continuo. Nei tre quarti dei casi, i tessuti articolari o paraarticolari sono presi (reumatismo blenorragico), più raramente vi sono segni di endocardite mitrale od aortica. Raramente sono presi gli altri tessuti ed organi; si può avere una sindrome diffusa di piemia o setticopiemia. Segni caratteristici sono l'artrotropismo e la tendenza delle eruzioni cutanee a prendere la forma di porpora.

Dal punto di vista della *diagnosi* l'osservazione clinica è insufficiente; occorre l'emocoltura, per la quale è necessario tener presente quanto segue: 1) prelevare 10-20 cmc. di sangue; 2) scegliere il periodo della recrudescenza termica; 3) insemenzare in 300-500 cmc. di brodo-ascite, avendo cura che la siringa ed il brodo non siano troppo freddi e mettere al più presto in termostato. Gli altri metodi di diagnosi (cuti-, sieroreazione) sono di significato tuttora problematico.

La *prognosi* deve essere sempre riservata; la mortalità va dal 30 al 43 %. Importante è la presenza di endocardite che oscura indubbiamente il pronostico; si rammenti però che il 20 % delle morti si sono avute anche senza endocardite, ciò che indica che vi sono anche altre cause di morte, quali l'ittero, le complicazioni polmonari, le suppurazioni multiple. L'ammalato va quindi esaminato attentamente dal punto di vista dello stato generale e delle diverse sindromi per giudicare della gravità del suo stato.

Trattamento. — Vengono in prima linea, a tale proposito, le considerazioni profilattiche, nel senso che, per quanto scarse siano le probabilità di setticemia, debbono sempre tenersi presenti e quindi ogni blenorragico deve evitare ogni causa di sovraffaticamento, capace di diminuire la sua resistenza all'infezione.

Per quanto riguarda il trattamento locale, l'A. ritiene che esso debba essere continuato, purchè naturalmente sia ben condotto e non brutale.

I vaccini antigonococcici, dati sotto forma di iniezioni endomuscolari, hanno un'azione meno netta che sulle localizzazioni articolari; tuttavia, malgrado le vive reazioni che talora destano, il loro uso è senza inconvenienti.

La terapia di scelta è, secondo l'A., la sieroterapia antigonococcica, inoculando per via endovenosa 40-50 cmc. di siero circondandosi di tutte le cautele necessarie per evitare l'anafilassi: metodo Besredka, iniezioni di carbonato di sodio (3-5 %), grande lentezza nell'iniezione, diluizione a 1/10 in soluzione fisiologica.

La colloidoterapia (elettrargol) dà risultati variabili; la proteinoterapia, utile in certe complicazioni, sembra impotente contro la setticemia e così pure l'ascesso di fissazione. Il più spesso inefficaci sono le iniezioni endovenose di esametilentetramina. Sembra che qualche successo si sia ottenuto con le iniezioni endovenose di tripaflavina (cg. 20 ogni due giorni).

FILIPPINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI

P. GAIFAMI. *Prontuario di Terapia Ostetrica.* Editore Luigi Pozzi, Roma, 1926, L. 28.

La fortuna di questo prontuario è indiscussa per quanto meritata. A meno di due anni dalla prima, se ne è pubblicata la seconda edizione e già se ne è avuta una traduzione in lingua spagnola per opera del dott. Ricart coi tipi della Casa editoriale Reus di Madrid.

Lo studente ed il medico pratico trovano in questo prontuario quanto è loro necessario per il ricordo degli esami e per quello della pratica professionale.

L'organizzazione del libro è ad un tempo perfetta e nuova in confronto dei libri del genere Dopo un primo breve capitolo per le *Norme generali deontologiche e tecniche*, un grosso capitolo, ben ordinato, considera le operazioni ostetriche, ricordando anche le modificazioni di tecnica ultimamente proposte, prospettando al lettore con concisa critica e con perfetto ordine le indicazioni operative.

Quello che è carattere precipuo del prontuario è dato dagli *schemi di terapia ostetrica* veramente preziosi. Con questi schemi sono riprodotti i principali casi clinici ed è indicato il con-

legno, operativo o pur no, ad essi corrispondente dell'ostetrico. Così per accennare solo ad alcuni di questi schemi ricordiamo i più importanti: *Albuminuria in gravidanza - Eclampsia in travaglio - Placenta previa - Distacco di placenta normalmente inserta - Cardiopatie e gravidanza - Tubercolosi e gravidanza - Gravidanza extrauterina - Distocia dal collo uterino - Tumori uterini in gravidanza - Viziature pelviche*, ecc.

E caratterizza anche meglio l'originalità utile e simpatica del prontuario, il capitolo per gli *errori di terapia ostetrica*. Capitolo veramente istruttivo per il medico pratico.

Il prof. Gaifami continua questo capitolo nel suo giornale *La Clinica Ostetrica* che, come questo Prontuario, non dovrebbe mancare anche per questa ragione sul tavolo di ogni medico pratico, che nella condotta medica debba incontrare responsabilità ostetriche.

Il nostro Maestro, il prof. Pestalozza, nella bella prefazione ha messo, meglio di ogni altro, in luce i pregi di questo Prontuario del suo valoroso allievo.

CESARE MICHELI.

LANGSTEIN. *Dystrophien und Durchfallskrankheiten in Säuglingsalter*. George Thieme, Leipzig, 1926.

L'A. s'è tracciato il compito di facilitare al pratico, attraverso concetti chiari e semplici, come si debbano giudicare e trattare le alterazioni nutritive dell'infanzia. Perciò divide il suo lavoro in due parti che comprendono, rispettivamente, le distrofie e le malattie diarroiche.

Nella prima parte si occupa dapprima dell'eutrofia e dei fattori fondamentali di florido sviluppo del bambino e poi traccia il quadro della distrofia, passandone in rassegna le cause, distinguendo il carattere delle varie forme di essa e diffondendosi sul trattamento nonchè sul decorso.

Nella seconda, segue la stessa divisione di materia, paragonando le defecazioni patologiche a quelle normali e trattando patogenesi, etiologia, significato diverso, profilassi, trattamento curativo e decorso delle diarree acute e delle croniche.

La pubblicazione consta di 200 pagine.

B.

F. CANEVA ZANINI. *Appendicite*. S.E.L., Milano 1926, pag. 96. L. 10.

Sull'appendicite non è ancora detta l'ultima parola: l'A. ritiene anzi utile ritornare sull'argomento perchè in Italia muoiono troppi individui di questa malattia e perchè la malattia stessa è in continuo aumento. L'A. nega una correlazione causale tra tonsillite e appendicite, ammettendone di questa più volentieri una causa enterogena. La triade sintomatologica fondamentale dell'appendicite è formata dal dolore, vomito e difesa. Alla leucocitosi, al polso e temperatura va assegnato, sul principio ben inteso, scarso valore: maggiore ne ha la Sgambati, l'esplorazione vaginale e rettale. Facile di solito la diagnosi differenziale. La prognosi relativamente benigna nei casi curati chirurgicamente, diviene assai più riservata se affidati alle cure mediche (14 % di mortalità). L'intervento è sempre indicato nelle prime 48 ore, discusso nei giorni seguenti, di vigile aspettativa. Consigliabile, ma non sempre consentito a freddo, un mese cioè, dopo l'ultimo attacco.

E. MINGAZZINI.

ALBERT FERNAU. *Physik und Chemie des Radium und Mesothor*. 30 figure, 100 pagine, 7.50 marchi oro. Springer, editore, Vienna.

Il libro del Fernau è una seconda edizione riveduta e arricchita di aggiunte: il titolo stesso ne dice il contenuto giacchè è ampiamente trattata tutta la questione della struttura della materia, tutte le derivazioni del radium e del mesotorio, tutti i modi di estrazione di queste sostanze, tutti i prodotti di distruzione del radium, tutte le leggi che regolano la disintegrazione delle sostanze radioattive.

Le azioni del radium e del mesotorio, sia chimiche in senso lato, sia nei riguardi dei colloidi sia nei riguardi di una azione biologica costituiscono l'argomento di speciali capitoli: le ultime 30 pagine riguardano l'impiego del radium in medicina.

Il libro nella sua piccola mole è denso di cultura necessaria per lo specialista; le formule di cui è ricco il libro sono un necessario complemento e intercalate in modo che al medico, che abbia anche una cultura matematica non profonda, siano sempre accessibili. E. MILANI.

Handbuch der biologischen Arbeitsmethoden. Abt. V. Methoden zum Studium der Funktionen der einzelnen Organe des tierischen Organismus. Teil 2, Heft 7. Un fasc. in-8° di 160 pag., con fig. Urban e Schwarzenberg edd. Berlino, 1925. Prezzo M. 6,60.

La matematica tende sempre più ad entrare nelle scienze biologiche le quali, associandosi ad essa, vanno acquistando una maggiore precisione. Questa puntata dell'« Handbuch » diretto da Abderhalden tratta del calcolo di probabilità, del metodo dei minimi quadrati (G. Polya). P. Riesebell svolge l'argomento della biometria e della statistica con tutti i problemi che vi sono connessi, (teorema di Poisson, teoria degli errori, ecc.).

il.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

Società Medico-Chirurgica Bellunese

Seduta del 3 marzo 1926.

Presidenza: prof. G. PIERI, presidente.

Dott. LAPENNA. — *Roentgenterapia del cancro.* — Conferenza non adatta ad essere riassunta in un resoconto.

La ramisezione del simpatico nella cura della nefralgia.

Prof. G. PIERI. — Partendo dalla constatazione che con le iniezioni paravertebrali secondo Läwen è stato possibile ottenere, a seconda dell'altezza della iniezione, l'anestesia in determinati territorî viscerali, l'O. ha pensato che mediante la sezione dei rami comunicanti del simpatico si possano influenzare talune sindromi dolorose addominali.

Così nei casi di nefralgia senza lesioni organiche dimostrabili del rene, sezionando i rami comunicanti della 12ª radice dorsale e della 1ª radice lombare dovrebbe ottenersi la cessazione dei dolori.

In una giovane di 24 anni (che l'O. presenta all'assemblea) la quale dal giugno 1924 soffriva di dolori al rene sinistro senza alterazioni funzionali (negativi l'esame delle orine, la cistoscopia, e la pielografia) fu praticato nell'agosto 1925 lo scapsulamento renale, che permise di controllare le apparenti normali condizioni anatomiche del rene, ma al quale, contro l'opinione corrente, non seguì guarigione.

Il 3 febbraio l'O. praticò la sezione dei rami comunicanti della 12ª dorsale e 1ª lombare di sinistra. Seguirono cessazione immediata dei dolori e regolare guarigione operatoria.

[La guarigione si mantiene a distanza di sette mesi dall'intervento].

Un caso di meningite sierosa a forma frusta.

Dott. A. SPANIO. — L'O. riferisce la storia di un'ammalata di 22 anni che presentava da otto anni degli accessi frequenti di cefalea della durata di qualche giorno, nausee, stipsi, ronzii agli orecchi, debolezza generale, parestesie al capo ed agli arti, uno stato di depressione a tipo melanconico con frequenti crisi di pianto. Esame obbiettivo negativo anche dal lato ginecologico. Pur non presentando la paziente all'esame clinico alcun segno di lesione organica del sistema nervoso centrale e periferico, l'O. sospettò, dopo alcuni mesi di vana cura con ricostituenti, sedativi ed isolamento, la presenza di una sindrome da ipertensione intracranica. L'esame del fondo dell'occhio dimostrò papille ottiche velate e vene lievemente ingrossate.

La puntura lombare rivelò al manometro di Claude una pressione di 80 cm.; normale il contenuto citologico, leggermente aumentata l'albumina. Wassermann negativa nel siero e nel liquido.

Ripetuta la puntura lombare tre volte con sottrazione di moderate quantità di liquido, la paziente risente un lieve miglioramento nello stato generale, la pressione al manometro di Claude segna cifre più basse e l'esame del fondo dell'orecchio in sedute successive dimostra un progressivo miglioramento, persistono però la maggior parte dei disturbi soggettivi.

Premesse alcune considerazioni di diagnostica differenziale l'O. pone la diagnosi di meningite sierosa di vecchia data a forma frusta che egli avvicina alla forma astenica dell'ipertensione descritta da Claude.

Occlusione intestinale da ascaridi.

Dott. R. ZAMBELLI. — L'O. presenta una bambina di 10 anni, che fu ricoverata in Ospedale il 10 febbraio perchè da otto giorni in preda a violenti dolori addominali, localizzati all'ipocondrio destro, e vomito. La radioscopia dimostrò una notevole dilatazione del duodeno.

L'operazione fece constatare come la prima ansa del digiuno era bloccata da un enorme groviglio di ascaridi (circa 120) che furono estratti attraverso incisione dell'intestino seguìta da sutura immediata. Il decorso post-operatorio fu normale: i dolori cessarono, la incisione operatoria cicatrizzò normalmente.

L'O. richiama l'attenzione sul fatto che non tutti i fenomeni presentati dalla malata potevano spiegarsi coll'idea dell'ostruzione meccanica dell'intestino: la stipsi non era assoluta e tuttavia i dolori erano fieri e continui, la radioscopia dimostrava vivaci movimenti peristaltici anche nelle anse a valle dell'ostacolo. Bisogna pensare che al fattore meccanico si aggiungesse uno stimolo funzionale (tossine secrete dagli elminti?) determinante uno spasmo riflesso dell'intestino.

G. LOCATELLI.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Diagnosi e cura delle orchiti ed epididimiti.

Ricerche anamnestiche minuziose orienteranno verso una delle quattro forme più frequenti di orchite ed epididimite: traumatica, blenorragica, sifilitica, tubercolare.

Nella forma *traumatica* vi possono essere i segni di trauma dello scroto o delle regioni vicine, e vi è il rapporto diretto di tempo fra trauma ed insorgenza del male. Talvolta in secondo tempo si può complicare una infezione (flemmone, eresipela, tetano, raramente gangrena): sopravenienza quasi impossibile per forme non traumatiche.

I capisaldi per la diagnosi dell'*O. gonococcica* sono: è in atto una blenorragia acuta o subacuta alquanto trascurata. La flogosi iniziale ha sede nell'epididimo, specie nella coda. Testa e corpo sono quasi sempre integri. Dolore e gonfiore si manifestano subito: poi notasi flogosi degli involucri che può giungere fino all'aspetto flemmonoso o all'essudazione della vaginale. Il processo in media risolve in una settimana lasciando un piccolo induramento alla coda dell'epididimo. Se insorge anche l'orchite, questa raramente è concomitante: per lo più è consecutiva all'epididimite.

Per l'*O. sifilitica* si ha concomitanza di altre manifestazioni luetiche. L'aspetto esterno è simile a quello di un'ernia strozzata. La flogosi luetica preferisce più il testicolo che l'epididimo. Non mancano quasi mai l'induramento della ghiandola ed il versamento della tunica vaginale. Per la diagnosi differenziale con neoplasie maligne, terremo presente che queste preferiscono soggetti avanzati di età, mentre l'*O. luetica* suole manifestarsi in soggetti giovani oltre il primo anno dal contagio. Si annida a preferenza al testicolo, ma non ne altera nè la forma, nè i rapporti con l'epididimo, cosa che contrasta con la complessità dell'impegno e propagazione delle neoplasie. Il testicolo luetico, dopo una prima fase di aumentato volume, tende ad atrofizzarsi, si fa duro, a superficie irregolare, bitorzoluta e poco dolente alla pressione. Il processo di flogosi lenta e di involuzione connettivale può propagarsi all'epididimo, ma sempre alla testa, e non alla coda.

L'*O. tubercolare* si manifesta per lo più in persone che ad un esame minuto, se non grossolano hanno altri segni di infezione tubercolare. La lesione consiste in noduli duri, isolati, vari di numero. È rarissimo il concomitante versamento vaginale. È frequente l'esito in suppurazione: gli ascessolini per lo più hanno sede nell'epididimo e sono poco dolenti alla pressione. Se poi lo scroto è pieno di una massa irregolare, fusa con gli involucri, crivellata di tragitti fistolosi, la diagnosi non presenta la minima difficoltà.

Prognosi. Varia con la patogenesi, con la maggiore o minore estensione della flogosi, con l'insorgere o meno di complicazioni o diffusioni del male.

È piuttosto fausta nelle forme traumatiche e gonococciche. È riservata nella forma luetica, specie se diagnosticata e curata tardi.

Nella forma tubercolare è in relazione con lo stato generale e con la entità delle altre localizzazioni specifiche.

Cura. Nell'orchio-epididimite traumatica si prescriva riposo assoluto, disinfezione delle lesioni di continuo se ve ne sono, borsa di ghiaccio in primo tempo ed in secondo tempo impacchi caldi di soluzione fisiologica o di acqua vegeto-minerale. A seconda del trauma si pensi alla possibilità dell'infezione tetanica. Se insorgono infezioni si intensifichino le cure locali, generali e sieroterapiche.

Nell'orchio-epididimite blenorragica si sospende il trattamento uretrale, si prescrive il più assoluto riposo, si spalmano le parti con pomate e linimenti calmanti (ittiolo puro, belladonna, mercurio), si coprono di ovatta, e si tiene lo scroto sollevato e sostenuto.

Se la congestione è forte, sanguisugio lungo il cordone; se la vaginale è troppo tesa per versamento, puntura evacuatrice. Iniziare a suo tempo la cura di vaccino gonococcico.

La forma luetica esige cure locali con pomate mercuriali o all'iotione, secondo la fase della malattia, e cure generali iodiche, mercuriali, bismutiche o arsenobenzoliche.

Nella forma tubercolare nei casi nei quali non è intervenuto il chirurgo, si mettano in atto, oltre le comuni cure locali, tutti quei mezzi che valgano a rinforzare le condizioni generali di nutrizione e di difesa dell'organismo. (*Gazetta Italo-Argentina*, 1926, n. 5).

PERSIA.

Orchiepididimite sporotricosica.

Thevenard (*Paris Chirurgical*, n. 1, 1926, p. 35) ne comunica un caso in un uomo di 62 anni, robusto e sano nel resto, che ha avuto grande dimestichezza colle scuderie.

Da principio secrezione uretrale brunastra, saltuariamente, senza dolore alla minzione. Nel 1920 aumento di volume del testicolo d., che dopo circa

un mese raggiunge rapidamente un volume considerevole; emicastrazione.

Nel luglio 1921 anche il testicolo sin. aumenta rapidamente di volume, e con ispessimento notevole dei suoi tegumenti, arrossamento della cute, formazione di 3 piccoli ascessi, apertura spontanea ed in seguito fistolizzazione. Si presentava versamento nella vaginale, deferente normale come le vescichette seminali. Il liquido dell'idrocele non presenta bacilli di Koch e l'iniezione alle cavie restò senza effetti.

Sottoposto l'ammalato, con l'ipotesi di una micosi del testicolo, ad un trattamento iodo-iodurato intenso, si ebbe prima miglioramento rapido, e di poi in tre mesi guarigione definitiva.

La diagnosi differenziale tra orchioepididimite sporotricosica e bacillare può essere sostenuta dalla integrità del canale deferente e delle vescichette seminali, persistenti malgrado l'intensità delle lesioni; dalla maggiore intensità delle lesioni peritesticolari ed epididimarie: i comuni tegumenti specialmente nella micosi sono infiltrati ed ispessiti, ed in essa l'evoluzione della malattia è più rapida. Oltre che la cutireazione, se è negativa, nei casi dubbii l'insemenzamento dei prodotti patologici su agar glicerinato può dare la certezza della natura della malattia.

Ma nel suo caso l'A. non risulta aver eseguito tale prova per accertare la natura sporotricotica della lesione. JURA.

Luxatio testis penalis.

Kausch (*Centralbl. f. Chir.*, n. 51, 1925) riferisce di una lussazione peniena di un testicolo, avvenuta in un giovane, in seguito ad un trauma (passaggio di una ruota di automobile sulla radice di una coscia e sullo scroto). Subito dopo il trauma, accompagnato da shock, tumefazione evidente dell'emiscroto di sinistra e presenza di un'altra tumefazione grossa quanto una grossa noce alla base dell'asta. Ritenendo trattarsi di un ematoma si lasciò alla natura il compito del riassorbimento. Non riducendosi però affatto la tumefazione peniena, incisione del presunto ematoma. Allora si comprese aver da fare con una lussazione peniena del testicolo sinistro, fissato in questa incomoda posizione dalle aderenze consecutive all'organizzazione del versamento ematico. La lussazione fu ridotta cruentemente dopo aver ripristinato artificialmente lo spazio necessario nell'emiscroto in cui l'ematoma organizzato aveva simulato la presenza di un testicolo. Guarigione. Il caso è troppo recente (settembre 1925) per poter giudicare del valore funzionale dell'organo lussato, ma merita una speciale menzione, non essendo stato ancora mai descritto, a cognizione dell'autore, nella letteratura. E. M.

Gangrena fulminante spontanea degli organi genitali.

Ne cita due casi W. Deton (*Le Scalpel*, 27 febbraio 1926). Un uomo di 48 anni accusa violento dolore ai genitali che si vanno gonfiando fino a raggiungere l'indomani il volume di due pugni. Scroto edematoso, qua e là livido e sullo scroto, a sinistra, una macchia di colore bianco-latteo, cute della verga bianco livido. Si esclude la possibilità di infiltrazione di urina perchè il perineo è libero. Sotto rachianestesia si praticano larghe incisioni allo scroto e sforacchiamento della pelle del ghiande con il termocauterio. Dopo qualche giorno il malato presentava delirium tremens, ma la gangrena si era limitata. Sul testicolo sinistro, messo a nudo si svilupparono granulazioni e la perdita di sostanza venne poi colmata con un'autoplastica. Risultato estetico buono.

In un altro individuo di 52 anni, portato all'ospedale in stato di completa prostrazione, si osservava un rigonfiamento enorme dello scroto, con macchie nere e larghe di gangrena che si notavano anche sul pene. Vi era anche edema alle pliche anali, ma non infiltrazione urinosa. Sotto anestesia si asportano con le forbici tutti i tessuti che sembravano affetti; i testicoli sono così messi a nudo. Malgrado ogni cura il malato soccombe nella notte. Secondo le informazioni dei famigliari, questo individuo era stato affetto qualche giorno prima di diarrea, poi da prurito allo scroto che si andò rigonfiando, presentò più tardi una macchia nerastra sulla verga. Se il medico avesse avuto conoscenza di questi casi rari, avrebbe potuto fare la diagnosi 48 ore prima e forse il malato si sarebbe salvato.

fil.

L'asportazione delle piccole prostate adenomatose.

La teoria meccanica della ritenzione da ipertrofia prostatica è stata recentemente combattuta da Legueu, il quale ha dimostrato che l'influenza del volume dell'adenoma sulla ritenzione è quasi nulla e che, anzi, i piccoli adenomi danno una ritenzione maggiore che i grossi. La ritenzione non proviene da una deviazione, da una deformazione del canale a gomito, poichè anche delle prostate piccolissime (17 grammi) possono dare i fenomeni di ritenzione. Questo concetto risponde a quello degli antichi dei prostatici senza prostata. In tal caso la scomparsa dei disturbi non si ha che in seguito all'ablazione di questi adenomi situati profondamente e diagnosticati soltanto per i disturbi funzionali, dovuti alla semplice ipertrofia delle ghiandole sottouretrali del collo vescicale.

R. De Butler D'Ormond (*Gazette d. Hôpitaux*,

3 marzo 1926) consiglia quindi la prostatectomia in ogni lesione prostatica che provochi la ritenzione. Invece, nelle grosse ipertrofie adenomatose, è consigliabile tentare dapprima la radioterapia che dà generalmente dei risultati soddisfacenti; soltanto dopo avere tentato tale metodo di cura, si potrà pensare all'estirpazione.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

L'origine intestinale dell'anemia perniciosa.

Secondo la teoria di Seyderhelm e Noack, esiste un rapporto fra la stasi intestinale e l'anemia perniciosa. Le tossine elaborate nell'intestino provocano sperimentalmente l'anemia nel coniglio; il colon è la sorgente di queste tossine emolitiche che si trovano anche nell'uomo normale e che provocherebbero l'anemia perniciosa se si trovano in proporzioni considerevoli. Negli individui affetti da anemia perniciosa vi sono nelle feci delle tossine che non hanno azione emolitica in vitro, ma che provocano l'anemia in certe condizioni negli animali da esperimento.

Con questa patogenesi dell'anemia perniciosa contrasta però il fatto che essa è molto rara tanto più in confronto col gran numero di individui affetti da stasi intestinale. In tal caso si pensa da taluno alla possibilità di sensibilizzazione individuale e di predisposizione individuale o famigliare. È certo che esistono dei casi di anemia perniciosa famigliare ciò che fa pensare ad un fattore costituzionale, che si rivelerebbe soltanto in certe condizioni esogene.

Queste teorie, come osserva H. Ichok (*Archivos de medicina, cirugia y especialidades*, 17 luglio 1926) hanno dato degli indirizzi terapeutici dell'anemia perniciosa. Una terapia preconizzata dallo stesso Seyderhelm è la creazione di un ano contro natura, col quale detto autore ha osservato in un caso un miglioramento notevole.

Altri hanno proposto la lavatura duodenale con la sonda di Einhorn, con decotto di semi di lino o soluzione al 5% di solfato di magnesio. Faber consiglia il kefir per via orale.

Secondo altri è molto utile la proteinoterapia la quale darebbe notevole euforia (quasi l'impressione di essere salvati dalla morte) rigenerazione di emazie e di piastrine, ritorno alla quantità di emoglobina normale.

Anche questo trattamento, pieno di promesse, dà spesso degli insuccessi. In complesso tutte queste investigazioni sono un po' troppo ottimiste, specialmente per una malattia come l'anemia perniciosa in cui tutto è pessimismo.

fil.

L'origine respiratoria del colera infantile?

Ph. C. Jeans e M. L. Floyd (*Journ. Amer. med. Assoc.*, 24 luglio 1926) trovano un rapporto fra le infezioni respiratorie delle vie superiori ed il quadro clinico corrispondente a quanto viene descritto come colera infantile. Negli ultimi anni, tutti i pazienti venuti all'osservazione dei detti AA. avevano avuto mastoidite o sinusite paranasale od entrambe come causa dei disturbi verificatisi.

I sintomi gastro-intestinali sono prominenti e mascherano quindi la causa che rimane così misconosciuta. Il ristabilire un adeguato drenaggio dal punto d'infezione porta rapida e completa guarigione.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Terapia del lupus ulcerato. — All'abb. n. 3251-1:

Se l'abbonato intende parlare del lupus ulcerato e non della così detta tubercolosi miliare ulcerosa in tisici in stadio avanzato, la quale è tanto più grave e suole presentarsi a preferenza nei tratti di passaggio dalle mucose alla cute (bocca, naso, ano, ecc.) la cura di elezione è quella dei raggi ultravioletti concentrati con il metodo Finsen (lampada di Finsen-Reyn, ecc.) che dà risultati splendidi specie per le cicatrici piane, liscie, elastiche.

Ove questo non fosse possibile, bisogna ricorrere alla cura chirurgica (raschiamento, cauterizzazioni col Paquelin, ecc.) cercando però di evitare cicatrici deformanti e tali da portare ectropion, stenosi delle narici, retrazione della bocca e simili.

Neisser vanta l'acido pirogallico in pomata secondo la formula seguente:

Acido pirogallico, Acido salicilico, Creosoto ana gr. 5-10;

Vaselina gr. *cento*.

Dopo 24 ore dal raschiamento, preceduto a sua volta dalla rimozione delle croste con unguento inerte, si applica sul focolaio così trattato un pezzo di tela spalmato della pomata pirogallica, da rinnovarsi due volte al giorno.

Questo metodo, se pure alquanto doloroso, provocherebbe un processo necrotico sulla superficie malata con successivo distacco dei tessuti mortificati e potrebbe condurre a guarigione la parte. Vedi NEISSER e JADASSOHN: *Malattie della pelle* (versione italiana). Soc. ed. « Dante Alighieri », pag. 570 e seg.

V. MONTESANO.

All'abb. n. 2472:

Una ptosi renale di secondo grado non può considerarsi come lesione *grave* dell'apparecchio genito-urinario da comprendersi perciò nella seconda categoria, giusta la dicitura della Legge.

Tuttavia tale criterio non può dirsi assoluto: esso va, caso per caso, valutato in rapporto allo svolgersi dei disturbi di cui l'affezione è causa.

Se si può dimostrare che gli evidenti segni di oligoemia e deperimento organico sono in diretta relazione colla ptosi renale, potrebbe tale affezione essere considerata grave se non di per sè, per le conseguenze che arreca all'organismo in generale e rientrare nella seconda categoria.

In ogni modo l'interessato può sempre non accettare il giudizio di primo grado (collegio medico locale) se crede che il giudizio non sia stato equamente valutato, e appellarsi alla Commissione medica superiore di Roma che è scrupolosissima e ugualmente gelosa tutrice sia dei diritti dello Stato che di quelli dell'interessato.

V.

All'abb. n. 7609:

Scorra gl'indici generali delle ultime annate e gl'indici parziali dei fascicoli dell'annata in corso e ricerchi la voce che le interessa.

P.

VARIA.

La medicina e i medici dell'antico Egitto.

I papiri, le iscrizioni sulle tombe, frammenti di scrittori greci e latini contengono numerose allusioni alla medicina ed ai medici dell'antico Egitto, le quali provano che in quella civiltà, il cui splendore è sempre più dimostrato da nuovi documenti, l'arte sanitaria era molto coltivata. Erodoto trovò in tutti i punti dell'Egitto abbondanza di medici ed ognuno di essi si dedicava ad una specialià. E Plinio ci fa sapere che i medici erano pagati dal tesoro pubblico, che erano costretti a studiare continuamente e che erano puniti quando adoperavano pratiche terapeutiche non conformi ai canoni fondamentali.

Come in quasi tutte le antiche civiltà la medicina egiziana aveva rapporti intimi con la religione. E le scuole relative erano annesse ai tempi. Le principali scuole mediche fiorirono a Sais (terza dinastia: 4991-4777 a. C.) e ad Heliopolis (prima dinastia).

Il dottor Guest, assistente nel reparto di Egittologia dell'University College di Londra, fa nel *British Medical Journal* un ampio esame dei documenti che dimostrano in che cosa consistesse la medicina insegnata in queste scuole. Coloro che erano chiamati ad esercitare l'arte sanitaria dovevano studiare su i papiri i metodi per formulare la diagnosi e le prescrizioni terapeutiche e dovevano esaminare i cadaveri per accertare la causa della morte degli individui da loro curati. Essi studiarono anche la ginecologia e l'ostetricia; praticarono poco la chirurgia e meno ancora l'odontoiatria.

La salute pubblica non era negletta. Erodoto nota con meraviglia che ogni casa egiziana era munita di latrina. Così vi doveva essere tutta una organizzazione sanitaria che sopraintendeva all'igiene pubblica.

Un'iscrizione commemora un tale Senebef, che è indicato come *Mer per n wda*, che significa *Sopraintendente della casa di sanità*. Un altro personaggio è indicato come *Sopraintendente di palazzo per le fumigazioni*, ossia per le disinfezioni.

Gli egiziani erano magnifici organizzatori ed avevano ispettori, scribi, esperti ed altri funzionari in numero considerevole per ogni ramo dell'organizzazione statale, ed anche la professione medica era istituita come un servizio pubblico. Al tempo delle costruzioni delle piramidi si trova un *Mer Swnw*, o *Capo dei medici*, e un *Per Aa sched Swnw*, o *Consulente medico di Palazzo*. Nel Regno medio c'era un *Per Aa Wr Swnw*, o *Gran Medico di Palazzo ed* un *Consulente medico di Palazzo*, titolo che ricorre nella 26ª dinastia e duecento anni più tardi. C'era anche un reparto farmacologico con un *Sopraintendente delle medicine* ed un *Sopraintendente all'ufficio della misura delle medicine*.

Non mancano accenni alla medicina profilattica ed assicurativa. All'epoca della quarta dinastia vi era un *Swnw shet se-w*, ossia *Medico degli abitanti in prossimità dei laghi*, che forse vuol dire medico esperto in malaria.

La medicina egiziana era associata alla magia e due titoli di grande importanza erano quelli di *Gran Medico* e di *Capo dei Maghi*.

Malgrado le asserzioni di Erodoto non sembra che vi fossero molti specialisti. La sola specialità sicuramente esercitata era l'oculistica e nei papiri si trovano numerose prescrizioni per la cura delle affezioni oculari.

Dalle iscrizioni funerarie e dai papiri finora raccolti ed esaminati non risulta che vi fossero molte celebrità mediche. Nel museo del Cairo si conserva lo stelo funerario dell'epoca della quinta dinastia dedicato ad un certo Sekhemt-n-ankh, che dovette essere un gran medico a giudicare dalla sontuosità della sua tomba trovata a Saqqara.

Su una tomba di Abusir (regno di Nefer-ar-ka-Ra: 4452-4432 a. C.) è raccontata la seguente storia. Mentre il re visitava un edificio, un tal Wsekh Ptah cadde come morto. « Sua maestà constatò che egli non sentiva più », e comandò che si mandassero a chiamare i « figli, i compagni, i sacerdoti ed il medico capo ». Questi accorse, ma era già troppo tardi. « Egli disse a Sua Maestà che il caduto era morto ». Il re dispose che si fosse fatta una bara di ebano.

Amenhotep III (18ª dinastia, 1414-1379 a. C.) era tutto il giorno accompagnato dal suo medico. Anche Apries (589-570 a. C.) si trova sempre accompagnato dal medico, e così Amasis (570-526 a. C.) il cui medico dovette essere tenuto in grande onore a giudicare dai titoli: « *Unico compagno, Capo del Palazzo, Ispettore del Tesoro d'oro, Governatore locale, Profeta di Horus e Pe* ».

L'Egitto ellenistico cercò di avere il suo Esculapio ed ebbe il suo Dio della medicina in Imhotep, che in effetti costituisce la deificazione di un antichissimo medico, che fu molto celebre ai suoi tempi e venerato in quelli successivi. Esistono molte statuette di Imhotep, che è generalmente rappresentato seduto con i paramenti ed il copricapo di sacerdote e con un papiro in mano. Non sempre è considerato come un medico: all'epoca Tolemaica era considerato come un semidio, un personaggio sovrumano, un grande architetto, il costruttore del tempio di Edfu. Un manoscritto di quel tempo ci apprende come King Zezer della terza dinastia invocasse Imhotep negli anni di carestia, chiedendogli di propiziare il Dio del Nilo perchè cessasse la carestia. Più tardi fu considerato figlio di Ftah e poi di Sekhmet, formando la triade divina di Menfi, Ftah, Sekhmet, Imhotep. Solo al tempo di Cleopatra e di Cesare si comincia ad attribuirgli qualità mediche.

Verso il primo o secondo secolo dell'Era cristiana Imhotep era considerato indiscutibilmente un medico. Nell'Hermes « Asklepios » discutendo dei semidii si parla di « Imouthes il primo scopritore dell'arte salutare che viveva nei suoi tempi sulle montagne libiche in vicinanza del Nilo ». Il suo tempio presso Menfi era chiamato Asklepeion, il che, insieme ad altre circostanze fa supporre che col tempo egli fu senz'altro identificato con Esculapio, tanto che in un papiro si parla di Imouthes Asklepius.

Comunque non c'è dubbio che Imhotep fu uomo di gran valore nell'arte medica, la cui fama si tramandò per moltissime generazioni dall'èra delle piramidi a quella cristiana. Egli è ricordato non solo come medico ma anche come architetto e costruttore dei più insigni monumenti dell'Egitto. Egli qua e là è ricordato come Dio, medico, maestro, architetto, mago, astrologo; impersona quasi la sapienza di quell'antica civiltà. E l'alchimista Zozimus intitolò « Imouth » un suo libro pubblicato nel terzo secolo d. C.

argo.

All'Associazione Medica Britannica.

Dai resoconti del convegno annuale tenutosi nello scorso luglio, si rileva che il *British Medical Journal*, organo dell'Associazione, ha una tiratura di 34.000 copie e che la pubblicità ha reso nel 1925 una somma di circa 5 milioni di lire it. (più esattamente 44,370 sterline); che le quote versate dai soci hanno superato la somma di 15 milioni di lire it. (più esattamente 131,000 sterline, contro 122,000 nel 1924 e 117,000 nel 1923).

Una medaglia d'oro di benemerenza è stata presentata a sir Humphry Rolleston.

Presidente pel biennio 1926-27 è stato eletto il dott. Robert George Hogarth, chirurgo *senior* dell'Ospedale Generale di Michingham.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

AIELLO G. *Sui pericoli derivanti dalla sospensione del trattamento insulinico.* — Napoli, Off. Tip. Elzevira, 1925.

ID. *Fatica e sistema nervoso vegetativo.* — Milano, A. Cordani, 1925.

BALP S. *Il centenario del cholera in Europa.* — Genova, Stabilimento Grafico Edit., 1925.

BORETTI CESARE. *La chirurgia dell'uretere secondo i moderni criteri.* — Milano, Coop. Grafica Operai, 1925.

BUSINCO A. *Linfoadenosi pachimeningea neoplastiforme.* — Siena, Stab. Tip. S. Bernardino, 1925.

CAMPORA G. *Astereognosis: its causes and mechanism.* — London, John Bale, Sons & Danielsson, 1925.

CAPACCINI FERDINANDO. *Le condizioni del circolo e specialmente l'ipertensione nelle malattie dell'apparecchio digerente.* — Pisa, Tip. Orsolini-Prosperi, 1924.

CAVALLARO GIUSEPPE. *Le sindromi sifilitiche boccali.* — Spoleto, Panetto & Petrelli, 1925.

COZZOLI GIULIO. *Il tracoma e la profilassi visiva nelle scuole.* — Roma, Tip. delle Scienze, 1925.

CURTIL T. *Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire.* — Paris, A. Maloine, 1925.

CIGNOZZI ORESTE. *L'Ospedale di Grosseto.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1925.

ID. *L'intervento ufficiale dello Stato e della Nazione nelle onoranze ai sommi precursori delle dottrine scientifiche medico-chirurgiche.* — Napoli, Officina Cromo-tip. « Aldina », 1925.

ID. *La malaria nella pratica chirurgica.* — Roma, Amministrazione Policlinico, 1925.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

Il pane unico alla Camera.

È stato presentato alla Camera, dal Capo del Governo, il disegno di legge per la conversione in legge del R. decreto-legge 13 agosto 1926 concernente provvedimenti per l'abburattamento delle farine, per la panificazione e per i dolciumi.

Il disegno di legge è accompagnato da una relazione che illustra le finalità cui tende il provvedimento, che sono tre: la prima col fissare il tasso di abburattamento delle farine mira ad utilizzare al massimo grado le farine, garantendo al pane i necessarî requisiti di gusto e di digeribilità; la seconda, col fissare il peso delle forme del pane in un minimo di grammi duecento, in modo da ottenere il maggior grado di cottura, consente la completa utilizzazione delle sostanze nutritive contenute nella farina di frumento; la terza, infine, ha lo scopo di vietare la fabbricazione di dolciumi con le farine di frumento per riservarle soltanto alla panificazione e alla pastificazione.

« Le tre menzionate finalità tendono, in conclusione, a diminuire le richieste di frumento che il nostro Paese è costretto a rivolgere all'estero e a mantenere il costo del pane entro giusti limiti ».

La relazione conclude:

«Il favore con cui anche questo provvedimento del Governo Nazionale fascista è stato accolto dal Paese, rivela quanto esso sia da tutti ritenuto utile e necessario ai fini che intende raggiungere ».

AMMINISTRAZIONE SANITARIA.

Prelevamento dei campioni e analisi delle farine e del pane.

La Direzione Generale della Sanità Pubblica ha predisposto delle norme dettagliate e precise, approvate con decreto del Ministero dell'Interno; sono così divise: I. Prelevamento dei campioni di pane; II. Esame organolettico; III. Esame chimico; IV. Esame microscopico. Ogni capitolo è diviso in due sezioni, relative alle farine e al pane.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ALESSANDRIA. — Scad. 31 ott.; vedi fasc. 42.

APPECCHIO (*Pesaro*). — Scad. 25 ott.; L. 8000 e 10 bienni; c.-v.

BARI. *R. Clinica ostetrico-ginecologica.* — Sono disponibili 4 posti di assistente volontario. Vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

BRUGNATO (*Spezia*). — Proroga a tutto 31 ott.

CARRARA. — Al 31 ott.; vedi fasc. 42.

CHIARI (*Brescia*). — Al 31 ott. una delle due condotte: L. 9000, oltre 6 quinquenni dec.; trasp. L. 3000; c.-v. Laurea da oltre 3 anni, coi voti d'esame.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitario pel comune di Paola, L. 7000 e 5 quadrienni decimo, prorogato a tutto il 20 dic.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stab. Riuniti.* — Aiuto chirurgo; L. 7050 e c.-v., oltre L. 1200 indenn. serv.; età mass. 35 a., laurea da almeno 4 a., di cui due di esercizio lodevole presso pubblico Ente; scad. ore 16 del 13 nov.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; nom. e conferma biennali. Chiedere ann.

FIUME. *R. Prefettura per la Provincia del Carnaro.* — Uff. san. del capoluogo; proroga al 30 ottobre.

FORDINOVO (*Massa Carrara*). — Scad. 31 ottobre; L. 9000 e quinquenni; c.-v.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 5 nov.; vedi fasc. 42.

IMOLA (*Bologna*). — Scad. 20 nov.; uff. san.; vedi fasc. 42.

MILANO. *Pio Istituto di S. Corona.* — Negli Istituti di Pietra Ligure sono vacanti i posti di: *a*) aiuto chirurgo, *b*) radiologo ed elettrologo, con emolum. annuo netto di L. 12,000; *c*) medico praticante, gratuito; ai tre posti è annessa l'indenn. di L. 8000 per vitto e alloggio qualora i titol. preferiscano vivere fuori. Nom. provvisorie. Curriculum e titoli alla sede: via Cesare Correnti 13, Milano (13); o alla direz. degli Istituti di Pietra Ligure (Genova). Non è fissata scadenza.

PADOVA. *Spedale Civile.* — Scad. al 31 ott. Vedi fasc. 41.

PELLEZZANO (*Salerno*). — Stip. lordo L. 6500, più L. 3000 obbl. vettura. Aum. decimo 4 quadr. Scad. 3 nov. Rivolgersi locale segreteria comunale.

REGGIO CALABRIA. *Istituto Diagnostico dell'Associazione Naz. per gli Interessi del Mezzogiorno.* — Medico radiologo; titoli; anno di prova; stip. L. 10.000; percentuali 30 % entrate lorde, oltre eventuali entrate. Chiedere schiarimenti Direttore Istituto.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

ROMA. *Società Anonima Fiuggi.* — Direttore dello Stabilimento in Fiuggi; vedi fasc. 40. Scad. 31 ottobre.

ROSORA (*Ancona*). — Scad. 10 nov.; L. 9000 e L. 2000 trasp., L. 500 uff. san.; alloggio dietro fitto L. 400 annue.

VERONA. — Medico aggiunto e scolastico; lire 14,850 e scatti quadriennali fino a L. 17,000, oltre L. 3500 serv. att.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 nov. Rivolgersi Ufficio Protocollo Municipale. Età lim. 35 a. Pratica ospedaliera e d'igiene pubbl. Serv. entro 15 gg. Chiedere ann.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). — Proroga al 31 ott.

VIVERONE (*Novara*). — Scad. 30 ott. Consor. con Ropollo. L. 8000, oltre L. 500 trasp., L. 500 uff. san. Tassa L. 50. Capitolato in corso approvaz.

Istituto di M. S. fra Medici-Chirurgi e Farmacisti di Roma e provincia.

È aperto il concorso per gli orfani dei soci alla borsa di studio « Cooperativa sanitari » di L. 500 per il prossimo anno scolastico. Le domande, in carta semplice, dovranno essere inviate al presidente dell'Istituto dott. comm. Cochetti (Roma, via Principe Amedeo, 67) entro il 31 corr. mese, ed essere corredate del certificato di studio, del certificato delle condizioni di famiglia e dello stato di famiglia.

Presso l'Istituto stesso è anche aperto il concorso ad una dote « Scellingo » per orfani di soci. Le domande dovranno essere ugualmente inviate al presidente dott. Cochetti entro il 31 corr.

Colto e capace maestro ginnastica cerca medico socio per istituto terapia fisica: massaggio, ortopedia, dimagrire, ingrossare. Scrivere Dott. Silva (Ludovico), via Palestro, 14, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE

Sono chiamati a far parte del Comitato centrale per gli studi sanitari aeronautici, i seguenti membri: Herlitzka prof. cav. uff. Amedeo, direttore dell'Istituto di fisiologia della R. U. di Torino; Gabbi prof. gr. uff. Umberto, direttore della Clinica medica della R. U. di Parma; Sclavo prof. gr. uff. Achille, direttore dell'Istituto d'igiene della R. U. di Siena; Bilancioni prof. comm. Guglielmo, direttore della Clinica otorinolaringoiatrica della R. U. di Pisa; Bastianelli prof. comm. Giuseppe, libero docente in patologia e clinica medica presso la R. U. di Roma.

Il prof. Luigi Bussalai è nominato primario dermosifilografo dell'Ospedale di Savona.

Il dott. Kjoergand è chiamato a coprire la cattedra di clinica chirurgica dell'Università di Copenaghen, rimasta vacante per il ritiro del prof. T. Rovsing.

La nomina è stata fatta da una commissione composta di Schaldemose, Lendorf e F. C. C. Hansen, tra otto concorrenti, ad unanimità, senza neppure adottare il solito procedimento dei confronti (o competizioni), in vista della superiorità assoluta del candidato.

Il nuovo clinico era chirurgo capo dell'Ospedale Sundby.

In sostituzione del compianto sir William Leishman è stato chiamato alla direzione dei Servizi sanitari dell'Esercito della Gran Bretagna sir Mathiew H. G. Fell, che dal 1918 al 1921 aveva diretto il servizio sanitario delle Forze Aeree e poi aveva coperto altre cariche elevate.

Il prof. Clemens Pirquet, clinico pediatra a Vienna, è chiamato a far parte di una commissione di esperti del Comitato d'Igiene della Società delle Nazioni per la tutela dell'infanzia.

NOTIZIE DIVERSE.

XXXII Congresso della Società Italiana di Medicina interna, in Padova.

Riportiamo il programma dei lavori del prossimo Congresso:

Lunedì 25 ottobre. — Ore 11: Cerimonia inaugurale del Congresso unitamente alla Società Italiana di Chirurgia (Aula Magna dell'Università). Ore 11.30: Ricevimento al Municipio di Padova. Ore 14.30: Riunione del Consiglio direttivo. Ore 15: Discorso del Presidente della Società Italiana di Medicina Interna.

Comunicazioni riguardanti: *a*) Apparato digerente; *b*) Fegato e vie biliari; *c*) Ricambio materiale; *d*) Apparato urinario.

Martedì 26 ottobre. — Ore 9: Relazione sulla Angina di petto (prof. P. CASTELLINO e prof. T. PONTANO). Discussione. Comunicazioni relative al tema della relazione. — Ore 14.30: Comunicazioni riguardanti: *a*) Apparato circolatorio; *b*) Sangue e apparato emopoietico; *c*) Ghiandole a secrezione interna; *d*) Tumori; *e*) Terapia.

Mercoledì 27 ottobre. — Ore 9: Seduta in comune colla Società Italiana di Chirurgia. Relazione sulla cura chirurgica della tubercolosi polmonare. Relatori: prof. F. GALDI, prof. N. LEOTTA, prof. V. MARAGLIANO. Discussione della relazione. Comunicazioni relative al tema della relazione. — Ore 14.30: Assemblea della Società Italiana di Medicina Interna col seguente ordine del giorno: Comunicazioni della Presidenza; Bilancio sociale; Temi per il 33° Congresso; Varie. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: *a*) Tubercolosi; *b*) Apparato respiratorio; *c*) Semeiologia e radiologia.

Giovedì 28 ottobre. — Ore 9: Relazione sulle reazioni biologiche nella diagnostica clinica (Rivista) (prof. dott. G. CEVOLOTTO). Discussione. Comunicazioni relative al tema della discussione. Sierologia. — Ore 15: Comunicazioni riguardanti: *a*) Malattie infettive e batteriologia; *b*) Sistema nervoso; *c*) Fisiopatologia e costituzione; *d*) Varie. — Ore 18: Chiusura del Congresso.

Congresso italiano di Oftalmologia.

Nell'aula magna della R. Clinica Oculistica di Roma ha avuto luogo in forma solenne la inaugurazione del III Congresso della Società Italiana di Oftalmologia

Erano presenti il prof. Del Vecchio, rettore della R. Università di Roma, S. E. il generale Calligaris, direttore della Sanità Militare, il senatore prof. Cirincione, il generale Baduel, direttore della Croce Rossa, il comm. Basile, rappresentante la Sanità Civile, e il P. Stanislao da Fiuggi, superiore dei cappuccini del Policlinico.

Sono inoltre nell'aula l'on. Cucco e l'on. Perna, i proff. Gualdi, Versari, Dionisi e Ferreri della Università di Roma, i direttori di Cliniche oculistiche, prof. Gallenga di Palermo, Scimeni di Messina, Contino di Bari, Speciale-Cirincione di Torino, Maggiore di Sassari, Lo Cascio di Perugia, Calderaro di Catania, Ovio di Genova, Albertotti di Padova, Guglianetti di Cagliari, ecc.

Parlano il prof. Cirincione e il sen. Cremonesi, dopo di che si procede all'assegnazione dei premi di Oftalmologia, i quali vengono così distribuiti:

Due grandi medaglie di benemerenza al prof. Scimeni della R. Università di Messina, e al prof. Denti della R. Università di Milano.

Premio Internazionale « Grande medaglia d'oro Cirincione », al prof. Dejan della Clinica oculistica di Montpellier (Francia).

Premio nazionale Cidonio al prof. Cattaneo, aiuto R. Clinica Oculistica di Roma.

Premio Embriologia dell'occhio al prof. Versari, direttore dell'Istituto anatomico di Roma.

Premio annuale di Oftalmologia, al prof. Favaloro, aiuto R. Clinica Oculistica di Catania.

Premio Colangeli al dott. Scullica, aiuto R. Clinica Oculistica di Sassari.

Viene infine premiata suor Agostina Pellegrino per l'amorosa ed instancabile opera di assistenza svolta presso gl'infermi.

Dopo altri brevi discorsi la cerimonia ha termine.

Dei lavori daremo un breve resoconto prossimamente.

Congresso italiano di Radiologia medica.

Il 14 ottobre, nell'Aula Magna della R. Università di Napoli, alla presenza delle autorità civili e militari e di numerosi professori, medici e studenti, convenuti da ogni parte d'Italia, ha avuto luogo la seduta inaugurale del VII Congresso italiano di radiologia medica.

Parlarono il prof. Cantone in rappresentanza del rettore magnifico della Università, il R. Commissario del Comune comm. Montuori ed il prof. Sgobbo presidente del Comitato ordinatore del Congresso, il quale ultimo ha rilevato con vivo compiacimento come la radiologia, al pari di tutte le attività nazionali, si incammini sicura nella strada del crescente progresso della nuova e grande Italia guidata da Benito Mussolini.

Daremo in un prossimo numero il resoconto dei lavori.

Conferenza internazionale sulla tubercolosi.

Nei giorni 29, 30 settembre, 1 e 2 ottobre ebbe luogo a Washington la conferenza dell'Unione Internazionale contro la tubercolosi.

La Delegazione italiana nominata dalla Federazione italiana per la lotta contro la tubercolosi ed approvata dal Governo Nazionale, era composta dal dott. G. B. Roatta in rappresentanza della presidenza, dal prof. Gaetano Ronzoni dell'Università di Milano, dal prof. Pio Pediconi rettore per l'Igiene del Governatorato, dal gr. uff. dott. Antonio Stella medico italiano esercente a New York, del cap. med. dott. Federico Bocchetti, direttore del Sanatorio Militare di Anzio. Di essa facevano pure parte quali membri aggiunti il prof. Carlo Benedetti direttore del Dispensario antitubercolare del Governatorato di Roma ed il prof. Edoardo Germano presidente del Consorzio antitubercolare di Bari.

Il prof. Ronzoni, unico delegato europeo relatore ufficiale nel Congresso, ha parlato sul tema: « L'importanza del contagio della tubercolosi nell'adulto ». La relazione è stata altamente apprezzata ed accolta dalle acclamazioni degli intervenuti. Essa sarà pubblicata per intero e ci risparmiamo perciò di darne un sunto, che ne diminuirebbe l'importanza.

Gli altri due argomenti all'ordine del giorno erano i seguenti: « La struttura anatomica del tubercolo dall'istogenesi alla cavità », relatore il dottor Kraus, direttore dei laboratori per ricerche dell'Università di Harvard, e « Tubercolosi e latte », relatore il dott. William Park, entrambi americani.

Gli altri delegati italiani hanno riferito su questioni relative ai diversi servizi antitubercolari che si svolgono in Italia, prendendo poi parte al Congresso nazionale americano contro la tubercolosi.

Il Congresso si è chiuso scegliendo Roma quale sede del prossimo Congresso internazionale contro la tubercolosi, che avrà luogo nel 1928. Tale designazione rappresenta un successo per la nostra Federazione Italiana in quanto anche altre nazioni ambivano tale onore.

L'Italia, che ha in tal modo ricevuto il riconoscimento completo ed ufficiale della sua maturità scientifica ed organizzativa, anche nel campo della lotta contro la tubercolosi, in seno ad uno de' più grandi Congressi scientifici internazionali, assume pertanto l'obbligo di addivenire al più presto ad una salda e completa sistemazione delle opere antitubercolari, quale è richiesta dai bisogni della sua popolazione e dall'opera civilizzatrice che essa ha nel mondo.

Alla Società Internazionale di Chirurgia.

Le decisioni recenti della Società delle Nazioni hanno dato una sanzione alla decisione che era stata adottata a Roma, nello scorso aprile, dal VII Congresso della Società Internazionale di Chirurgia. Essa dice: « Tutti i chirurgi delle Potenze centrali che hanno fatto parte della Società Internazionale di Chirurgia prima del 1920, saranno riammessi, se gli stessi ne accettano gli statuti, a partire dal giorno in cui i loro Paesi rispettivi faranno parte della Società delle Nazioni ». I tedeschi della Germania tornano dunque a far parte della importante Società. Gli austriaci avrebbero già potuto partecipare ai lavori del VII Congresso, ma nessuno si è inscritto.

Ricordiamo che al Congresso intervennero 633 chirurgi, appartenenti a 21 Paesi: Belgio, Canadà, Czecoslovacchia, Danimarca, Egitto, Francia, Giappone, Inghilterra, Irlanda, Italia, Lettonia, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Rumania, Russia, Spagna, Stati Uniti d'America, Svezia, Svizzera.

Il prossimo Congresso si adunerà nel luglio 1929 a Varsavia, sotto la presidenza del prof. Hartmann di Parigi. I temi in discussione saranno: *a*) Cause e meccanismo dell'embolia post-operatoria; *b*) Risultati della resezione dello stomaco per ulcera gastrica e duodenale; *c*) Trattamento del morbo di Basedow.

Le richieste d'informazioni devono essere indirizzate al dott. L. Mayer, segretario generale, rue de la Loi, 72, Bruxelles (Belgio).

Congresso americano di Fisioterapia.

L'Accademia Americana di Fisioterapia ha tenuto il suo convegno annuale a New York il 6 e 7 settembre, sotto la presidenza di F. B. Granger di Boston. I temi discussi sono stati: « Infortuni da elettricità »; « Diatermia medica »; « Educazione e controllo del personale tecnico »; « Fisioterapia e cardiopatie ».

Congresso di educazione fisica e d'igiene scolastica.

Si è tenuto in agosto a Copenaghen. Il prof. Hans Spitzy, di ortopedia all'Università di Vienna, svolse il tema: « Le basi mediche dell'educazione fisica ».

Gli esami di Stato per la professione di medico.

Con ordinanza del Ministro della Pubblica Istruzione è indetta, per il prossimo mese di novembre, la sessione autunnale degli esami di Stato per l'abilitazione all'esercizio delle professioni di medico-chirurgo, chimico, farmacista, ingegnere ed architetto.

Le sedi di esami sono le seguenti: per la professione di medico-chirurgo: RR. Università di Bologna, Catania, Firenze, Napoli, Padova, Palermo, Pavia, Roma, Sassari, Torino.

I candidati agli esami di Stato potranno scegliere la sede di esame tra quelle suindicate; ma in nessun caso potranno presentarsi agli esami in quelle sedi nelle quali siano stati inscritti nell'ultimo biennio o abbiano conseguito la laurea o il diploma che è titolo di ammissione agli esami.

I candidati dovranno entro il 15 novembre 1926 presentare domanda per l'ammissione agli esami, corredata dei prescritti documenti, alla Segreteria dell'Università e dell'Istituto superiore ove intendono sostenere la prova.

Coloro che entro detta data non avessero ancora conseguito la laurea o diploma, che dà adito agli esami di Stato, potranno presentare detto titolo accademico fino al giorno precedente l'inizio degli esami.

I giorni nei quali si svolgeranno gli esami saranno fissati per le singole sedi dai presidenti delle Commissioni esaminatrici e resi noti con avvisi affissi nell'albo universitario.

Corso per specialista in Pediatria.

Presso la Scuola di perfezionamento in Clinica Pediatrica della R. Università di Firenze, diretta dal prof. C. Comba, si terrà un corso di perfezionamento della durata di due anni. Alla fine del primo anno, gli inscritti dovranno superare un esame di profitto ed alla fine del secondo anno sosterranno un esame di diploma consistente nella discussione di una tesi scritta ed in una prova clinica. Tasse complessive L. 1238.75. Per informazioni rivolgersi alla segreteria della Facoltà di Medicina (via degli Alfani, 33) od alla Direzione della Scuola (Clinica Pediatrica — Ospedale Meyer — via Mannelli, 115, Firenze, 23).

Conferenze per levatrici.

Il prof. Arturo Manna, chirurgo primario dell'Ospedale Civile di Urbino, tiene, durante i mesi di ottobre e novembre, un ciclo di otto conferenze, per la trattazione dei principali argomenti di ostetricia e ginecologia; vi sono ammesse gratuitamente le diplomate in ostetricia.

Il "Foyer Médical" di Parigi.

Il 15 ottobre si è inaugurato a Parigi un club medico, sul modello di altri già esistenti a Londra, Stoccolma e Copenaghen. Occupa il secondo piano del palazzo del defunto principe Rolando Bonaparte, nella avenue de Jena, di fronte alla statua di Washington. I locali sono stati affittati per 18 anni. Il primo piano dello stesso edificio è occupato dalla Società di Geografia.

Il capitale è costituito da azioni di cento franchi l'una, tutte nelle mani di medici o di farmacisti; è garantito un interesse del 6 per cento.

Un tentativo del genere si era già avuto nel 1900, con la creazione del « club medico », alla avenue de l'Opéra; ma dopo due anni questo club dovette dichiarare fallimento, perchè non era frequentato: si riconobbe allora che i medici preferiscono di non isolarsi dalla vita sociale, anche per ragioni professionali.

Si è tratto partito da quell'insegnamento e il nuovo « Foyer » ha allargato alquanto la sua base e il suo campo d'azione: vi sono ammessi medici della provincia, medici stranieri, farmacisti, studenti degli ultimi anni. I locali comprendono una biblioteca, sale di lettura, sale di riunione, un ufficio d'informazioni e un ristorante; inoltre vi si organizzano esposizioni permanenti di strumenti e di prodotti farmaceutici. Presidente dell'istituzione è Carlo Richet; segretario il dott. Thierry, che è anche segretario dell'Associazione generale dei medici francesi.

« Postgraduate Hostel » di Londra.

Ad iniziativa di A. B. Bertwistle, si è aperto a Londra un « ostello post-universitario » per i medici, destinato ad accentrare gl'insegnamenti di perfezionamento. Ha sede al Russel Square, nell'Imperial Hôtel, prossimo ai maggiori ospedali, all'Associazione Medica Britannica ed alla Reale Società di Medicina. Comprende sale di riunione, sale di conferenze, ufficio d'informazioni, ecc.; spiegherà dell'attività anche nel promuovere corsi e conferenze. Di tanto in tanto si terranno delle « serate per signore », con danze e banchetti, allo scopo di favorire i rapporti sociali.

Per combattere la pletora medica in Germania.

La Lega Hartmann (o Lega di Lipsia), la più importante associazione medica della Germania per la tutela degli interessi professionali, nella recente assemblea annua ha discusso a lungo il problema della pletora e ha deliberato di proporre alcune misure per infrenarla o per attenuarne le conseguen-

ze. Esse concernono in specie i medici più anziani ed i medici più giovani.

Quando un medico delle *Casse per ammalati* (cioè delle assicurazioni, che oggi costituiscono la base dei servizi medici della Germania) ha raggiunto l'età di 70 od anche 60 anni, si propone che abbia diritto, qualora si ritiri volontariamente dall'esercizio professionale, ad una pensione. I fondi per assegnare le pensioni verrebbero costituiti innalzando le tariffe capitarie o a visite.

Si propone inoltre che gl'ispettori governativi delle Casse siano assunti a servizio intero, cioè venga loro fatto divieto dell'esercizio privato.

Per quanto concerne i medici giovani, essendo assodato che il numero attuale di medici basta a tutte le esigenze del servizio d'assicurazione, si chiede che il Governo disponga che i neo-laureati non siano ammessi all'esercizio professionale nelle Casse per la durata di dieci anni dalla laurea. Verrebbe fatta eccezione solo per i figli di medici, considerando che « se essi, malgrado l'esperienza ammonitrice fatta dai genitori, hanno scelto la carriera medica, è evidente che devono avere per questa una speciale vocazione ».

Ritiro di professori tedeschi dall'insegnamento.

La nuova costituzione federale della Germania stabilisce il limite massimo di anni 68 per tutto il personale dipendente dallo Stato: agenti, impiegati, funzionari, militari di qualsiasi grado, insegnanti.

In seguito a questa disposizione, parecchi professori universitari hanno dovuto lasciare l'insegnamento. Così a Berlino, alla fine del penultimo semestre, si ritirarono Rubner, il fisiologo, e Hans Virchow, l'anatomico; alla fine del semestre ora chiuso l'Università ha perduto anche F. Kraus e Goldscheider, clinici medici quasi coetanei, F. Strassmann, medico legale, e Willinger, l'odontologo.

Questi ritiri dall'insegnamento hanno avuto luogo tra vivaci proteste e discussioni. I motivi addotti a favore di essi sono: i professori universitari conservano l'intero stipendio; si riconosce loro il diritto di continuare ad insegnare, pure togliendo loro la direzione degli istituti; continuano a partecipare alla vita accademica. Si fa anche osservare che la guerra, durissima, ha accelerato la vecchiaia e che durante la guerra molte promozioni e nomine sono rimaste sospese, di modo che ora conviene riparare, lasciando posti a elementi giovani e attivi.

Ufficio di accentramento ospedaliero in Germania.

Una Commissione per l'organizzazione degli ospedali pubblici della Germania, creata nel 1922, ha ora istituito a Düsseldorf un ufficio centrale per la raccolta di dati concernenti la legislazione, l'organizzazione interna, l'efficienza attuale e i progressi realizzabili negli Ospedali della Germania e di altri Paesi.

L'ufficio è stato fondato col concorso di varî Stati della Federazione germanica e di molte provincie.

Conferenze di chirurgia a Toronto.

Il dott. D. C. Balfour, della Clinica Mayo in Rochester (Stati Uniti), ha donato una somma corrispondente a circa 100.000 lire it. all'Università di Toronto (Canada), perchè vi siano organizzate conferenze di chirurgia. La somma verrà probabilmente destinata a invitare dei chirurgi eminenti di altre università.

Nella stampa sanitaria.

La rivista « Annales de Médecine et de Chirurgie », a periodicità trimestrale, sarà pubblicata in Jugoslavia a cura dei redattori-capi A. Bergeret e N. Milianitch e dei segretari di redazione B. Chlyvitch, R. Spiridonovitch e S. Radoyevitch. Vanta una ricca direzione scientifica, in cui figurano anche molti dei migliori clinici e patologi italiani. Sarà edita a Belgrado dalla Société d'Editions Scientifiques (20, Skopljanska Ulika) e a Parigi da Louis Amette (2, rue Casimir-Delavigne). Il primo fascicolo recherà la data ottobre-dicembre 1926 e sarà consacrato alla ginecologia. Augurî cordiali.

Certificato prenuziale in Turchia.

Una legge recente ha imposto in Turchia l'obbligo dell'esame medico prenuziale. La legge affida ai « vilayet » l'incarico di stabilire il regolamento.

Il Consiglio generale dei vilayet di Costantinopoli ha approvato un regolamento il quale prescrive che la visita sarà eseguita dal medico del vilayet; i contraenti possono anche farsi visitare da un medico di fiducia, ma in tal caso il medico del vilayet controllerà i dati del certificato. Gli uomini possono essere visitati in ogni parte del corpo; le donne nelle mani, volto, collo, labbra, bocca, gola, petto e dorso. L'esame deve riferirsi a tutte le malattie contagiose e sociali. Nei casi in cui è dubbia la lue, si praticherà la r. W. Gl'individui riconosciuti affetti da malattie veneree saranno curati gratuitamente e il matrimonio sarà consentito solo dopo la guarigione.

Missione medica francese al Giappone.

Il prof. C. Achard, direttore della Clinica medica dell'Ospedale Beaujon di Parigi, per incarico del Ministero degli Esteri francese ha visitato i principali istituti d'insegnamento medico e di cura del Giappone. Pubblica ora un rapporto sulla « Revue Médicale Universelle » (agosto 1926). Risulta che l'insegnamento e le ricerche scientifiche nel Giappone sono modellati sulla Germania e che la lingua tedesca è la più generalmente usata anche per le pubblicazioni. L'Achard avanza una serie di proposte per la penetrazione della coltura e della lingua francesi.

Giudizi inglesi sul pane unico.

Il noto chirurgo inglese sir William Arbuthnot Lane, quale presidente della « New Health Society », ha fatto pervenire all'on. Mussolini una lettera nella quale, a nome del Comitato della Società stessa, si compiace per l'introduzione in Italia del tipo unico di pane ad alta resa delle farine,

misura questa che la « New Health Society » giudica essenziale ai fini dell'igiene alimentare dei popoli.

Per la denominazione dell'agente della scabbia.

La Commissione internazionale per la nomenclatura zoologica ha proposto di sospendere l'applicazione delle norme per la nomenclatura, nel caso dell'agente della scabbia, che continuerebbe ad essere assegnato al genere *Sarcoptes* e alla specie *scabiei*.

La segreteria della Commissione richiama l'attenzione degli studiosi su questa decisione, la quale rimarrà provvisoria fino al 1° ottobre 1927, per lasciare frattanto l'opportunità ai competenti di esprimere le loro opinioni pro o contro la sospensione definitiva.

Com'è noto, le norme per la nomenclatura zoologica hanno portato all'unificazione della terminologia; ma hanno anche rivelato gravi inconvenienti: tra l'altro, a misura che si trovano motivi per scindere generi o specie già accettati, s'introducono nomi nuovi e così si crea una quantità di sinonimie, che si aggiungono a quelle dovute a più designazioni, da parte di studiosi che hanno dato descrizioni indipendenti; queste sinonimie hanno per risultato di complicare oltremodo la nomenclatura e di creare imbarazzi perfino agli studiosi specializzati. Si è ora sentito il bisogno di porre un fermo, almeno per un nome che ha ormai sanzione secolare, qual'è quello che si riferisce all'agente della scabbia.

Le malattie infettive in Olanda.

Il Servizio di Sanità Pubblica dei Paesi Bassi pubblica una relazione per il 1924, da cui risulta che la mortalità generale fu di 16.4 %; furono registrati 6635 casi di scarlattina con 54 morti; 4134 di difterite con 237 morti; 1187 casi di tifoide con 161 morti; 80 casi di encefalite epidemica con 53 morti, ma è probabile che di questa forma morbosa vi siano stati molti altri casi non diagnosticati e non denunziati.

Due suore decorate.

Al sanatorio di Groppino (Bergamo), presenti le autorità, tra le quali il prefetto, il vescovo e il segretario federale, si è svolta la cerimonia della consegna di medaglie di bronzo al merito di salute pubblica alle suore Giacomina Bortolotti e Teresa Erba. Parlarono, mettendo in rilievo il significato della cerimonia, il prefetto e il vescovo.

Infortuni di sanitari.

Il prof. J. Cantacuzène, di patologia sperimentale all'Università di Bucarest, ben noto nel mondo scientifico, è stato vittima di un grave infortunio, in una stazione ferroviaria svizzera; egli ha perduto tutt'e due le gambe.

Antonio Grossich.

Nel primo giorno di quest'ottobre morì a Fiume, a 77 anni, il dott. ANTONIO GROSSICH, Senatore del Regno.

Il suo nome era popolare in Italia sopratutto per le sue benemerenze politiche e patriottiche, che eran veramente tali da oscurare negli ultimi anni, benchè assai ingiustamente, le sue benemerenze scientifiche, le quali già prima gli avevan dato diritto al titolo di benefattore dell'umanità.

Capo di quel Consiglio Nazionale Italiano di Fiume, che il 30 ottobre del 1918, quando le sorti della guerra erano ancora assolutamente indecise, aveva proclamato l'annessione della città all'Italia, ANTONIO GROSSICH, sebbene ormai settantenne, trovò nel suo spirito ancor tanta energia giovanile da superare i più forti e più tenaci nella lotta contro tutto e contro tutti, che i fiumani avevano ingaggiata da soli, proseguita coll'incomparabile aiuto di Gabriele d'Annunzio e dei suoi legionari e ripresa infine ancora una volta da soli dopo le tristi giornate di sangue, che determinarono la partenza del Poeta soldato.

Quando, dopo tanti dolori, la fede e la tenacia dei fiumani furono coronate per merito del Governo Nazionale di Benito Mussolini, ed il vecchio Lottatore potè salutare il suo Re nel palazzo che era stato la sede dei governatori ungheresi, egli parve trasfigurarsi, ed ai suoi concittadini da quel giorno egli sembrò, più che un uomo, uno

dei Santi della Patria, lasciato ancora per poco tra i vivi per insegnar loro ad amare sempre più fortemente l'Italia.

Ancor prima di queste vicende politiche ANTONIO GROSSICH si era conquistato però un posto eminente nella medicina, colla sua ardita e geniale trasformazione dei metodi di preparazione del campo operatorio e del trattamento delle ferite. Parlare ai medici d'oggi di questa sua innovazione è del tutto superfluo, poichè il suo metodo è ormai introdotto dappertutto e costituisce una pratica così comune, che le nuove generazioni di studenti non sanno forse neppure giudicare quale profonda rivoluzione esso abbia rappresentato ancor pochi anni or sono.

Il metodo del GROSSICH vinse rapidamente le distanze dello spazio e vincerà indubbiamente anche le distanze del tempo. Potrà essere che un metodo ancora più rapido ed altrettanto sicuro prenda mai il suo posto? non è immaginabile. Potrà darsi, questo sì, che alla tintura di iodio altri preferiscano un'altra materia anche più attiva, ma l'importanza dell'innovazione del GROSSICH non è nell'indicazione dello iodio e delle sue proprietà disinfettanti, note da lungo tempo, ma nell'intuizione, prima, e nella dimostrazione, poi, del fatto, che per agire potentemente la tintura dev'essere applicata direttamente sulla pelle non lavata. Basta pensare un momento a queste parole: « *sulla pelle non lavata* » per comprendere quanto coraggio abbia dimostrato il GROSSICH nel proporre, dinanzi ad un congresso internazionale di chirurgi, il suo nuovo metodo, poichè precisamente la lavatura, che durava oltre un quarto d'ora, era allora considerata come la parte più essenziale della preparazione del campo operatorio. Ma egli aveva intuito che lavando la pelle, si preclude la via al disinfettante coll'ostruire col sapone sciolto gli spazi, in cui si annidano i germi della suppurazione; applicando una tintura disinfettante alcoolica, atta a sciogliere le materie grasse, direttamente sulla pelle asciutta, essa vi penetra e rende innocui i germi.

Quanto bene ha fatto all'umanità sofferente quest'idea assolutamente nuova e semplice, come tutte le idee veramente geniali, non fa d'uopo ricordare ai lettori di questo giornale di medicina. Chi meglio di noi può sapere quante amputazioni, quante mutilazioni e quante vite furon risparmiate e si risparmieranno grazie alla rapida spennellatura colla tintura di iodio! Perciò giustamente vollero i medici di Fiume che sulla lapide, che verrà murata nella casa ove ANTONIO GROSSICH abitò fino al suo ultimo giorno, fossero scolpite anche queste parole:

Qui
il suo genio gli dettò le pagine
conservate nel Libro che eterna le grandi vittorie
della scienza sui morbi.

Dott. LIONELLO LENAZ.

Sono morti a Budapest i dottori DIEBALLA, professore di malattie del metabolismo, e G. HAINISS, libero docente di vaccinologia.

È morto a Breslavia, in età di 75 anni, il professor. A. LESSER, emerito di medicina legale.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 1° Novembre 1926 — Fasc. 44

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

L'esame della funzione renale in chirurgia.

ERMANNO MINGAZZINI.

Lo studio e l'esame della funzione renale, in chirurgia, è richiesto praticamente dalla necessità di stabilire se un individuo è capace o no di superare un intervento. Il quale non sempre tende ad escludere temporaneamente o definitivamente uno dei due reni, ma può interessare un altro segmento dell'albero urinario (di solito la prostata) e ciò nonostante può, con il perturbamento che a tale operazione si accompagna, esigere dall'emuntorio renale, un lavoro maggiore della norma. Eccezionalmente si tratta di una operazione su organi di un altro sistema. La ricerca varia adunque a seconda che importi conoscere il lavoro di ambedue i reni presi insieme o di ognuno di essi, separatamente. Nel primo caso basta conoscere, in fondo, il valore della capacità di riserva di tale emuntorio: tuttavia è sempre difficile stabilire la zona compresa tra i valori francamente patologici e che non indurranno mai un chirurgo ad un intervento, e quelli normali, quei valori dunque che importerebbe sopra ogni altro conoscere. A tale scopo numerosissimi sono stati e sono tuttora i metodi suggeriti, e si può senz'altro concludere come alcuni di essi e fra questi parecchi di antica data siano veramente preziosi, mentre altri, sebbene più recenti, non saranno destinati ad entrare nella pratica corrente. Dei molti metodi proposti alcuni riguardano lo studio dei componenti la secrezione renale spontanea o provocata; altri quello delle sostanze che il filtro renale non è stato capace di togliere dal circolo sanguigno. Infine si può anche desumere lo stato del sistema renale confrontando i risultati dei due ordini di ricerche. Corrispondentemente a queste premesse teoriche esistono tre diversi modi di studio: alcuni metodi usati per le urine globali si possono applicare poi, a quelle separate, dei due reni.

*
* *

Uno degli esami più semplici è quello della *raccolta delle urine globali delle 24 ore*. Se a vittitazione e condizioni esteriori normali, l'urina di un individuo non presenta elementi patologici, ma contiene 8-10 gr. di cloruri, e 18-20 (nelle donne), 20-24 (nell'uomo), grammi di urea, il peso specifico si mantiene tra 1012-1017 si può dire che quel sistema urinario funziona bene. La quantità di acqua che mantiene sciolti tali componenti ha minore importanza: (oscilla tra 100-1500 cmc.).

Se invece la quantità di urina delle 24 ore rimane al disotto del litro, e ciò malgrado il peso

specifico (indice delle sostanze solide in essa disciolte) non si eleva, ma si mantiene tra 1013-1015 ed anche meno, è lecito il sospetto di una attività insufficiente: quando i valori si abbassano fino a 1006-1008 e son sempre al disotto di 1010, *indifferentemente* se la quantità di urina è più o meno grande, si può dedurre una lesione piuttosto avanzata dei reni.

Sulla base delle concentrazioni è stata istituita una prova che, semplice in teoria, riesce difficile ad essere messa in pratica: la così detta *prova della concentrazione massima*, almeno nella sua forma originale, nella quale sarebbe veramente decisiva. Modificata e resa pratica ha sempre importanza, ma minore. La prova procede dal seguente postulato pratico e cioè che normalmente le sostanze eliminate con le urine vengono emesse in una diluizione che è di gran lunga maggiore di quella che rappresenta la massima concentrazione sotto la quale *potrebbero* venir allontanate dall'organismo. Sebbene la C. M. sia indipendente dalla quantità di sostanza eliminata, tuttavia occorre sempre, per questa, una determinata quantità di solvente. Se la C. M. per un difettoso funzionamento del rene si abbassa, ossia se per la eliminazione di una sostanza tossica per l'organismo, come la urea, occorre una quantità di solvente maggiore della norma è chiaro che in una crisi di oliguria (dopo operazioni ad es. cui si accompagna sempre una diminuzione della minzione) possa subito presentarsi una ritenzione azotata, pericolosa per la vita, talora realmente mortale.

Nella prova non modificata bisogna costringere l'individuo a privarsi delle bevande per 3 giorni. E veramente eccezionale trovare dei pazienti tanto docili! Il peso specifico dovrebbe salire fino a 1030. Più praticamente si può istituire la prova così modificata: la mattina a digiuno si somministra al malato 1 litro di the. A mezzogiorno e la sera, alle 16, delle uova o dei latticini con pane o simili, ma nessun alimento liquido fino alle 18, la sera. Di due in due ore si prelevano dei campioni di urine, se ne determina il peso specifico. In alcuni casi più fortunati si può giungere fino a 1030, ma di solito il peso specifico non supera 1024-1026. Se invece si mantiene sui 1015-1017 o peggio se non subisce che variazioni insignificanti dai valori iniziali, se ne può dedurre un'alterata funzione. Ma ridotta nelle proporzioni anzidette l'esperimento può proprio nei casi che più interesserebbe sottoporre all'indagine, rimanere incompiuto e allora si sarebbe sottoposto inutilmente l'individuo ad una prova già tanto lunga.

Meno valore ha, sebbene incomparabilmente più facile, la prova della *poliuria sperimentale*. A digiuno e a vescica vuota si raccolgono le urine frazionatamente ogni mezz'ora. Dopo la prima di queste si somministrano in breve tempo, all'individuo, 750 cmc. di un'acqua minerale qualunque. Di ogni campione si determina la quantità di urina in cmc., la quantità di urea totale eliminata, il peso specifico. Nel normale, i valori dell'urea e dell'acqua iscrivono una curva ad apice acuto. Il massimo dell'eliminazione acquosa ed ureica si raggiunge dopo 1 ora dall'inizio della prova. Contemporaneamente il peso specifico si abbassa, ma in capo a 5 ore tutto rientra nel normale. Praticamente, come si è detto, la metà di questo tempo basta, onde giudicare se il sistema renale funziona bene. Occorre esser sicuri che alla fine di ogni mezz'ora l'individuo svuoti bene la sua vescica. (Meglio è metter una sonda a permanenza). Ma la prova ha purtroppo maggior valore nei malati di indole medica e soggiace ad ampie variazioni per fattori extrarenali e non sempre risponde, con costanza di cifre, neanche nello stesso individuo.

Un'altra prova si basa sull'eliminazione provocata di urea somministrata per os (Pirondini): è quella dell'*azoturia sperimentale*. Essa non è però entrata in pratica sebbene l'A. assicuri che « le sue deduzioni concordano strettamente con quelle permesse dall'azotemia e dalla costante ». Anche in questa prova si raccolgono frazionatamente le urine per 5-7 mezz'ore, dopo l'ingestione per os di 10 gr. di urea. Paragonando i varii valori di individui sani ed individui in istudio, l'azoturia sperimentale permette delle conclusioni atte a studiare il comportamento della funzione renale. Ma il metodo lungo, influenzato dal diverso coefficente di assorbimento da parte del tubo gastroenterico, non ha corrisposto che in parte alle speranze che vi si ripromettevano.

Un'altra prova che ha incontrato molto favore sebbene sia stata giudicata differentemente in uno degli ultimi congressi della Società Italiana di Urologia (1923) è quella della *fenolsulfonftaleina* (FSF). La prova è fondata sull'ipotesi che l'organismo capace di eliminare rapidamente una sostanza estranea introdottavi, è in grado di sbarazzarsi in egual maniera dell'eccesso di sostanze azotate. La prova vien resa ancor più delicata servendosi della via endovenosa, ma la maggioranza degli AA. si serve ancor oggi della via intramuscolare (massa dei glutei). Iniettata la FSF si determina il momento in cui si inizia l'eliminazione della FSF. (Nella prova eseguita per via endovenosa corrisponde al 3-6° m') e poi si raccolgono le urine: se si è praticata la via intramuscolare, per due ore (la 1ª e la 2ª separatamente), se per via endovenosa 1 ora, separatamente il 1° e 2° quarto d'ora e la seconda 1/2 ora. In totale 2 o 1 ora. Il dosaggio si effettua così: le

singole porzioni di urina raccolte si alcalinizzano prima con soda caustica al 10 % e poi si portano ad un litro, aggiungendo acqua di fonte. Paragonando un campione dell'urina in esame con i valori di un colorimetro (a prisma di Hellige; o con i tubetti standart) è facile stabilire le quantità di sostanza eliminata. Nella prova praticata servendosi della via endomuscolare l'eliminazione normale oscilla tra il 40 e l'80 %, distinta così: 40-60 % nella 1ª ora: 20-30 % nella 2ª; scarse quantità nella 3ª consecutiva. Quantità trascurabili vengono eliminate anche più tardi, ma praticamente non hanno alcuna importanza. Nel rene ammalato, invece, i valori dell'eliminazione sono assai bassi (al di sotto del 35 %) e la curva che se ne ricava è piatta. Praticando la ricerca per via endovenosa 1 h 10' corrisponde alle 2 ore del'a prova eseguita per via intramuscolare. Benchè, come risulta dalle varie comunicazioni e dalla discussione al Congresso, vi possono essere dei casi nei quali malgrado una discreta eliminazione, il malato operato muoia e viceversa dei casi con intervento ad esito felice, malgrado una scarsa eliminazione, tuttavia, forse per la facilità, la semplicità, la eleganza, la facilità del calcolo, la rapidità della sua esecuzione, la constatazione che la FSF segue nella sua eliminazione le stesse leggi di quelle dell'urea (Tardo), che viene poco influenzata da fattori quali l'età, la distanza dai pasti, il metodo, ha incontrato largo favore.

Scarso seguito ha avuto la prova con la *uranina*, la quale appartiene al gruppo delle sostanze coloranti, il cui vantaggio consiste nella sua somministrazione per bocca.

In conclusione delle prove accennate quella che ha più seguito, è la prova della fenolsulfonftaleina.

Molte altre prove sono cadute e andate in disuso per lo meno nella pratica urologica corrente: sono la *prova dello ioduro di potassio e del lattosio* destinate a distinguere le varie forme di nefrite, la ricerca della *diastasi*, della *tossicità dell'urina*, della sua *conducibilità elettrica* (determinazione degli elettroliti e quindi degli ioni e delle sostanze inorganiche disciolte), della *florizina* (provocazione del diabete renale) e di altre sostanze medicinali.

Qualche metodo poi è quasi sconosciuto da noi e in Francia mentre è seguito correntemente in Germania e in Austria. Uno di questi è *la determinazione del punto di congelazione dell'urina e del sangue* (Koranji). Occorre a tale scopo l'apparecchio di Beckmann e a confessione stessa di coloro che l'adoperano, il suo uso non è dei più facili. Non solo, ma la sua sensibilità è inferiore a quella dell'azotemia e della costante di Ambard.

*
* *

Altre ricerche si eseguono invece sul sangue, partendo dal concetto che essendo malato il filtro renale, l'organismo debba ritenere le scorie del ricambio. Quanto si è detto a proposito dei vari metodi delle urine, si può ripetere a proposito del sangue. Hanno resistito alla critica solo la ricerca dell'azoto ureico del sangue (*Azotemia*), anche se le leggi dettate a tale proposito da Ambard non si siano dimostrate rigorosamente esatte. La ricerca dell'azoto nel sangue ha veramente un grande valore. A digiuno si prelevano alcuni cmc. di sangue, più o meno a seconda dell'ureometro da adoperarsi, e se ne separa il siero. Questo viene mescolato pian piano a parti eguali con una soluzione di acido tricloroacetico al 20 %, onde precipitare l'albumina. Il filtrato viene messo in un ureometro di cui i tipi più correnti sono quello di Ambard e quello di Olivieri. Quest'ultimo è un po' più complicato, più costoso ed esige una grande scrupolosità nel suo uso, si serve di una soluzione titolata di urea, ma si esegue con una minima quantità di sangue. Invece per l'Ambard occorrono, affinchè la ricerca riesca veramente probativa, almeno 12 cmc. di filtrato, se non 16: in una parola occorrono 30-40 cmc. di sangue. La descrizione dell'apparecchio dell'Olivieri è troppo complessa e dovrebbe essere accompagnata da una figura: quello di Ambard e Hallion consta di un tubo di vetro distinto in una parte superiore più corta che serve da imbuto ed una inferiore calibrata in cmc., separate mediante un rubinetto di vetro. In basso esiste un cappuccio di gomma contenente nel suo interno alcune palline di vetro destinate a mescolare i liquidi che vengono successivamente a contatto. Per la ricerca, si riempie il tubo calibrato, chiuso in basso dal cappuccio di gomma, del filtrato, reso alcalino mediante un'aggiunta conveniente di soda caustica ad 1/3 (fino cioè alla persistenza della tinta leggermente rosea della ftaleina (sol. alcool. 1 %) aggiunta in ragione di qualche goccia (Indicatore). Il tubo graduato deve essere completamente riempito, rimanendo il cappuccio di gomma completamente schiacciato. Ove non bastasse a questo scopo il filtrato, si deve aggiungere dell'acqua distillata. Poi si chiude il rubinetto. Nella porzione superiore dell'apparecchio, lavata con acqua distillata, si versa della lisciva bromica, la quale, aperto il rubinetto scende nella porzione inferiore del tubo. Non importa sapere di quest'ultima la quantità esatta, poichè le pareti del cappuccio di gomma si espandono per la loro elasticità alla fine della penetrazione della lisciva bromica: in genere bastano 6-8 cmc. Ad ogni modo occorre evitare rigorosamente: 1) che penetri aria nella

parte inferiore dell'apparecchio; 2) che si espanda completamente il cappuccio di gomma alla fine della penetrazione della lisciva bromica, onde lasciar posto all'azoto che si forma dalla combinazione fra essa e il filtrato. Chiuso dunque il rubinetto, si capovolge ripetutamente tutto l'apparecchio, affinchè con lo scorrimento delle palline si possano mescolare i due liquidi. Intanto si svolgono delle bollicine di azoto, che si raccolgono in un'unica bolla. Quando non si sviluppa più gas, si immerge l'apparecchio in un cilindro ripieno di acqua a temperatura ambiente. Occorre togliere sotto acqua anche il cappuccio di gomma e riportare allo stesso livello i due liquidi (a pressione eguale). Si leggono allora i cmc. di gas svolto e si riportano con le solite tavole di Regnard a gr. di urea 0/00. Ora, essendosi serviti di un filtrato che è per sola metà siero, e dovendo ricercare la quantità di urea in questo contenuta, è chiaro come il numero dei cmc. di filtrato corrispondano ad un valore di siero eguale alla metà. Quindi x cmc. di filtrato corrispondono a x:2 di siero, e il valore di azoto o di urea è da riferirsi a quello contenuto in x:2 di siero. Ma siccome le tavole di Regnard sono calcolate in base ad un campione di 2 cmc. di urina, x:2 di siero rappresentano una quantità di liquido che è (x:2): 2 volte il campione. Si vede come la quantità di filtrato debba sempre esser divisa per due un'altra volta. *Il quoziente è il numero per il quale l'azoto ossia l'urea che si ricava dalla ricerca*, va diviso. Questa è anche la ragione per la quale è meglio prendere una quantità di filtrato che sia multipla di 4 ($\frac{x}{2 \times 2} = x:4$).

Un esempio chiarirà l'idea. Si siano presi ad esempio 20 cmc. di filtrato. Questi rappresentano solo 10 di siero essendosi diluito il siero con altrettanto acido tricloroacetico. Ma 10 di siero (10:2 = 5) rappresentano una quantità che è 5 volte quella base. Ecco adunque che i 20 cmc. di filtrato rappresentano 5 volte un campione base (20:4 = 5). Se ad esempio la quantità di azoto e quindi di urea ricavata da 20 cmc. di filtrato fosse stata di gr. 1,50 la azotemia sarebbe stata di 1,50:5 = 0,30. Svolgendosi delle quantità minime di gas si comprende facilmente la necessità di adoperare grandi quantità di filtrato.

Più volte ho dovuto persuadermi che il calcolo costituisce il punto più delicato della ricerca, non apparendo ben chiara la ragione della divisione per 4. Epperò anche la scelta del numero 4 o di un multiplo di esso, facilita il calcolo stesso.

I valori dell'azotemia normale oscillano tra 0.20 e 0.40 0/00. Tra 0.40 e 0.70 l'individuo è in ritenzione, ma è capace di solito di riprendersi con cure acconcie: tra 0.80 e 1; la prognosi è già riservata e l'operazione da rimandarsi, o qualche volta addirittura da sconsigliarsi. Valori tra 1 e 2 appartengono di solito a malati di indole medica e concedono al più 1 anno di vita al paziente: tra 2 e 3 si può prevedere una morte a scadenza di qualche settimana: tra 3 e 5 infine la fine è imminente. Ma per il chirurgo è facile comprendere come tali cifre mediche abbiano uno scarso interesse. Tra 0.20 e 0.50 si può tranquillamente operare. Man mano che si supera tale cifra occorre maggiore oculatezza nei riguardi della prognosi e bisogna tentare con ogni mezzo di ricondurre a cifre più basse l'azotemia. Un tale criterio (così come altri — del resto —: fsf. crioscopia del sangue) serve ottimamente nei prostatici in cui nei quali mentre la cistotomia soprapubica è lecita anche in condizioni precarie dell'individuo, l'enucleazione dell'adenoma richiede condizioni generali e locali assai migliori. Si può ritenere adunque che la azotemia è uno dei più preziosi, precisi e sensibili metodi per lo studio delle condizioni della funzionalità renale, in chirurgia.

Oltre l'urea sono stati ricercati anche altri componenti azotati nel sangue, ma tutti senza ancora una vera e propria importanza pratica. Una di esse è la determinazione, mediante metodi colorimetrici, dell'*acido urico totale* secondo Grigaut.

La sua quantità oscilla nel sangue tra 0.03 e 0.05 0/00, e cresce proporzionalmente alla quantità d'azoto: tuttavia essendo soggetto a grandi variazioni non può la sua ricerca, fornire dati sicuri, onde la sua ricerca è poco seguita.

Ad eguali conclusioni si giunge con lo studio della *creatinina* la quale, contenuta nel sangue in quantità minime, costituisce con la sua ritenzione un indice meno sensibile di quello fornito dall'urea o dall'acido urico nè è parallelo o proporzionale alla gravità della sindrome.

Lo stesso si può ripetere per il *glucosio* e la *colesterina*, i *sali di potassio*, mentre parrebbe spettare alla ricerca *del* CO_2 *nel sangue* un avvenire più brillante. Occorre però che il metodo entri nella pratica comune e che si dimostri più sensibile di ogni altro, di uso corrente.

*
* *

Istituendo un rapporto tra l'urea contenuta nel sangue e quella dell'urina si può istituire la cosidetta *costante di Ambard*. Questo Autore cui dobbiamo dei profondi studi in materia enunciò le sue famose leggi che pure resistono tutt'oggi alla critica. Esse sono: 1) *se il rene elimina l'urea ad una concentrazione costante, la eliminazione varia proporzionalmente al quadrato della concentrazione dell'urea nel sangue;* 2) *se con una con-*

centrazione costante di urea nel sangue, l'individuo elimina l'urea dell'urina a concentrazioni varie, l'eliminazione dell'urea dell'urina è inversamente proporzionale alla radice quadrata della concentrazione dell'urea nell'urina; 3) (desunta dalle due precedenti). *Se sono variabili contemporaneamente la concentrazione dell'urea nel sangue e nell'urina, l'eliminazione ureica varia in proporzione diretta del quadrato della concentrazione dell'urea nel sangue e in proporzione inversa della radice quadrata della concentrazione dell'urea nell'urina.*

La formula completa che tiene conto anche del peso dell'individuo è la seguente:

$$K = \frac{Ur}{\sqrt{D \times \frac{70}{P} \times \sqrt{\frac{C}{25}}}}$$

Occorre sapere che k è il valore della costante ricercato, Ur la quantità di azoto contenuta 0/00 nel sangue, determinato con uno dei metodi più comuni, P il peso dell'individuo espresso in kili, C la concentrazione dell'urea dell'urina e D il cosidetto *débit* ossia la quantità di urea delle urine eliminate in 24 ore.

Questo valore si può calcolare in due modi: o servendosi di una quantità di urina (V) ottenuta in un determinato periodo di tempo e riportata alle 24 ore, moltiplicata per la concentrazione fortuita (C) del campione stesso, oppure prendendo realmente le urine delle 24 ore (V') e moltiplicandole per la loro concentrazione (C'). La prima modalità è più pratica, la seconda più esatta. In tutte queste ricerche occorre essere assai precisi. Così rinunciando a praticare l'esame sulle urine delle 24 ore, si può prelevare e il sangue, la mattina a digiuno o due ore dopo la prima colazione e contemporaneamente le urine, per un tempo non inferiore a due ore calcolate esattamente al minuto, e con l'individuo in riposo. Si riporta la quantità di cmc. di urina ricavata in due ore a 24 (V × 12 = V') e la si moltiplica per il valore di C che ipoteticamente si reputa eguale a C'. Allora si ricava D. Col sangue si ottiene Ur. Pesando l'individuo si ottiene P.

La k normale corrisponde a 0.07.

Legueu e Quenu che si sono interessati a fondo della costante, sostengono come la k di 0.10 significa che il parenchima renale funzionante è ridotto alla metà, con la k=0.14 a 1/4; con k=0.21=1/9. Purtroppo una ricerca così brillante non ci fornisce elementi atti a stabilire la sede e la diffusione delle lesioni. Nella tubercolosi renale ad es. la quantità di parenchima rimasto può essere eguale alla metà e riferirsi ad un rene solo, oppure restare distribuita ai due reni. Il valore della funzione viene fornito esatto per quantità, ma non per sede. Esistono infine delle k con valori elevati (e tutti gli AA. ne hanno pubblicato qualche caso) e ciò non ostante si possono trovare lesioni puramente unilaterali, k basse con lesioni diffuse ai due organi.

La k subisce ancora delle limitazioni dalla stessa azotemia che non deve superare l'1 0/00, dallo stato febbrile, dal peso che deve compreso tra 60 e 80 Kg., dalla età infantile, dall'oliguria e perciò ha spinto numerosi studiosi a completarla o a modificarla, ma senza reali vantaggi pratici. (vedi Slyke, Peters, Condorelli).

Per queste ragioni se la k costituisce ancora una ricerca preziosa e integra felicemente l'azotemia, il suo calcolo è limitato dai precedenti elementi.

*
* *

Un indice indiretto ma assai importante a giudizio concorde di chi lo pratica è la *determinazione della pressione massima e minima della pressione sanguigna.* Essa fornisce dati preziosi in quanto che l'aumento della Ma rivela, quando esiste, la coesistenza di complicazioni cardiache che hanno tanta importanza sulla funzione renale e inducono nell'animo del chirurgo la più grande circospezione e quindi la ricerca del sussidio di un collega medico.

*
* *

Tutte le precedenti ricerche hanno dunque per iscopo di saggiare lo stato della funzione globale dei due reni e fino a che l'intervento non si porta direttamente su di essi, riescono (escluse le immancabili eccezioni individuali) a fornire dei dati sufficienti per un giudizio esatto. Ma quando si tratta di escludere temporaneamente (uretero-pielo-nefro-stomia) o definitivamente (nefrectomia) uno dei due organi, non possono — diremmo più volentieri — *non debbono* oggi più bastare. Nessun chirurgo, nessun specialista, si accingerà ad un intervento sul rene senza aver stabilito la presenza e le condizioni dell'adelfo. Deve anzi rispondere positivamente alle tre domande che si deve sempre porre in simili circostanze: 1) esistono due reni?; 2) è il superstite sano?; 3) sarà in grado di sopperire ai bisogni dell'intero organismo? A questo scopo esiste la cistoscopia, che riesce oggi possibile nella quasi universalità dei casi. È realmente eccezionale che con i cistoscopi o con gli uretro-cistoscopi a lavaggio continuo, non si riesca ad orientarsi in un esame del genere. Si può con Marion ricorrere anche al cateterismo a vescica aperta: altri preferiscono la doppia lombotomia esploratrice per quanto anche così si possa incorrere in errori. Ma sono casi di

eccezione che difficilmente scompariranno dalla pratica. L'esame endoscopico della vescica deve essere integrato da due altre ricerche, delle quali una non ha trovato ancora quella diffusione che merita: intendiamo alludere alla *cromocistoscopia con l'indigo carminio* (CCS) e non con il bleu di metilene. E assai facile è alla portata di chiunque e dà risultati praticamente eguali forniti da sistemi più complessi. Essa viene così eseguita:

Una volta introdotto il cistoscopio ed esaminate le condizioni delle pareti vescicali e degli sbocchi ureterali, si pratica un'iniezione endovenosa di 1-2 ctg. di indigo carminio sciolti in 5 cmc. di soluzione fisiologica *preparati estemporaneamente*. È inutile tentarne il dosaggio. Bisogna osservare attentamente la comparsa dell'eliminazione del colore, che nei soggetti normali si effettua tra il 3° e il 6° minuto. Oltre gli 8 minuti si può dire che il ritorno del colore subisce un ritardo.

Innanzi tutto, la CCS ci aiuta talora a ritrovare gli sbocchi ureterali e a metterne in rilievo le duplicature (Uretere doppio); ci mostra il ritmo e la forza dell'eiaculazione, dandoci un'idea del lavoro dell'uretere e ci fornisce un criterio sufficientemente esatto delle condizioni funzionali del rene. Se colore non viene (mancato ritorno del colore) da uno sbocco ureterale mobile significa che esiste un ostacolo e il dato della cistoscopia associata alla cromocistoscopia è in questo superiore al cateterismo poichè è noto come il catetere possa qualche volta subire degli arresti indipendenti da qualsiasi ostacolo reale (pliche mucose, inginocchiamenti, ecc.), mentre l'emissione del colore da uno sbocco poco mobile o la sua assenza da uno immobile ci indica la lesione più o meno profonda di quel rene.

Un metodo così prezioso è esso senza inconvenienti e non suscettibile di errori? No certo: alcuni ritardi sono soltanto la espressione di una temporanea insufficienza così come lo dimostra il fatto delle albuminurie che si accompagnano a lesioni nettamente unilaterali e che scompaiono con l'ablazione del rene malato. È anche successo, ma solo eccezionalmente, di veder mancare la eliminazione (ma nei vecchi soltanto) pur essendo discrete le condizioni generali. Ma il fenomeno è bilaterale allora. La constatazione di un ritardo accentuato da una parte può essere talora ostacolata da un'emissione abbondante del lato sano. Con un rapido lavaggio o con l'uso di un cistoscopia a doppia corrente l'inconveniente si evita. La manovra della CCS. non esige alcuna perdita di tempo, si esegue e perciò si controlla personalmente, durante la cisto- e la meatoscopia, non traumatizza, nè si accompagna a riflessi inibitori o eccitanti, dà delle risposte attendibilissime come centinaia di prove ci hanno confermato con il reperto operatorio alla mano, e procede di pari passo secondo noi con la costante. Quindi la CCS. è qualche cosa di più che una semplice ricerca di orientamento: se il colore introdotto per via endovenosa ritorna da uno sbocco ureterale normale in 4'-6', il rene esiste, è sano e sarà capace di sopperire a tutti i bisogni dell'intero organismo anche se sottoposto ad uno sforzo.

Più difficile è determinare l'inizio dell'insufficienza, ma è certo che oltre i 9'-10' la funzione renale è alterata. Inoltre la CCS. ci rassicura sulla esistenza dei due reni, ciò che la azotemia e la costante non possono sempre dirci.

*
* *

L'altro metodo è *il cateterismo degli ureteri*. Esso è ormai di uso comune, ma, come la CCS. rimarrà di dominio dello specialista, perchè rappresenta un complemento alla interpretazione delle immagini endoscopiche, le quali sebbene non offrano nella maggioranza dei casi grandi difficoltà discriminative, tuttavia possono richiedere, talora, studi o conoscenze approfondite. Il cateterismo degli ureteri (oramai l'uso dei separatori vescicali è scomparso) permette la raccolta separata delle urine dei due reni, non solo di quelle spontaneamente emesse, ma anche eliminate sotto l'indagine di prove funzionali.

È stato rimproverato a questo metodo di infettare, con materiale raccolto in vescica, il rene sano, ma questo pericolo, limitando la progressione nei casi più gravi a pochi cm., non si è dimostrata reale. Piuttosto qualche volta non si riesce a far salire il catetere (specie nelle donne) senza che per questo vi sia un reale ostacolo patologico.

Una volta raggiunta la pelvi esiste la possibilità di un riflesso (sia in più che in meno) ciò che disturba il calcolo del funzionamento dell'organo, della provocazione di dolori e, quello che più disturba, di un'ematuria traumatica. In tal modo si ostacola l'esame del sedimento e la prova della FSF delle urine separate.

Tuttavia il cateterismo rimane uno dei mezzi fondamentali di esame delle urine separate.

Rehn da qualche tempo ha ad esso applicato la prova della *eliminazione acido-alcalina*. Questa prova si basa sul potere che il rene ha di mantenere costante la isoionia e quindi la isotonia del sangue, ossia di eliminare gli ioni in eccesso che eventualmente in esso sangue si formassero. Questo aumento degli ioni eliminati si dosa nell'urina, mediante un indicatore colorimetrico e dà un indice dell'alterazione renale non solo, ma ne stabilisce di questo la sede (glomeruli o canalicoli).

Difatti dalle ricerche di Ludwig Cusny si sa che l'eliminazione di un acido avviene attraverso il glomerulo; quella di un alcali egualmente, ma soltanto che quest'ultimo viene riassorbito dal tubulo. In questo modo l'urina rimane normalmente acida a meno che la quantità di alcali non sia tale da sopraffare la possibilità di un ritorno acido. Si sa anche come la varia concentrazione degli ioni H dell'urina dipenda da variazioni del filtro renale. Da queste premesse teoriche praticamente, la prova si esegue così: si somministra prima per bocca acido cloridrico diluito e poi si pratica per via endovenosa una iniezione di bicarbonato di sodio, mentre si raccolgono le urine separate mediante cateterismo ureterale. Normalmente la concentrazione degli ioni H e cioè l'acidità dell'urina aumenta dopo l'ingestione dell'acido e diminuisce con gli alcali. Nelle lesioni glomerulari l'eliminazione acidoalcalina è diminuita, la quantità di alcali eliminata scarsa e quindi l'urina rimane acida: nelle lesioni dei tubuli l'eliminazione è buona, ma non venendo riassorbito l'alcali l'urina rimane alcalina. Nelle lesioni dei due elementi si ha una scarsa eliminazione e uno scarso riassorbimento: l'urina rimane perciò neutra.

Stando ai risultati di Rehn e a quelli di altri osservatori che della ricerca si sono interessati, si potrebbero, paragonando i valori normali con quelli patologici, istituire delle curve dalle quali dedurre la diagnosi di tubercolosi renale, di pielonefrite, tumore del rene, ecc. Noi non abbiamo esperienza di questa prova: perciò ne riportiamo gli altrui giudizi.

*
* *

Riassumendo: per l'esame della funzione renale esistono numerose prove delle quali alcune vorremmo definire fondamentali: sono: 1) l'esame accurato delle urine globali ripetuto più volte; 2) la azotemia; 3) la cistoscopia, con 4) la cromocistoscopia con l'indigo carminio e 5) il cateterismo ureterale. Le altre prove possono coadiuvare le precedenti, ma non bisogna neanche dimenticare che un medico esperto può giovarsi più della sua esperienza e del suo sguardo che non un collega inesperto anche aiutato dal sussidio di tutte le ricerche. Se non andiamo errati Guyon ripeteva spesso che le condizioni della lingua del malato costituivano per lui l'indice più prezioso per un giudizio esatto dello stato attuale del paziente. Oggi non oseremmo ripetere più una tale affermazione, ma lo studio nel laboratorio degli elementi inanimati non deve allontanarci dall'esame clinico al letto del paziente.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE CIVILE DI OSTIGLIA - REPARTO CHIRURGICO.
Direttore: Dott. P. ZANARDI.

Calcolosi renale bilaterale trattata con la doppia pielotomia.

Nota del dott. GIUSEPPE BACCHI, aiuto.

R... Agostino, anni 16, Ostiglia, aprile 1926.

Fin da bambino ricorda di aver avuto disturbi di urinazione quali frequenza e tenesmo. Da circa un paio d'anni si è aggiunto a queste noie un dolore alla regione lombare di sinistra ripetentesi con carattere di vera colica a intervalli di uno, due mesi. Da alcuni mesi, circa otto, sente tale disturbo anche a destra, e qui ultimamente i dolori si può dire che sono continui, con esacerbazioni ad ogni movimento e con poco giovamento dal riposo. Le urine, talvolta leggermente torbide, non hanno mai dato segni importanti. Il ragazzo è ben conformato; ha cuore e polmoni sani, apparato digerente pure normale, addome ben trattabile. Alla palpazione bimanuale si sente il rene di sinistra molto grosso, circa il doppio del normale, dolente, mobile. Il destro non si ha l'impressione di palparlo. L'esame microscopico delle urine da risultati scarsi: pochi leucociti e rarissime emazie ben conservate. Niente elementi renali, niente cilindri e cristalli. Quantità giornaliera dell'urina circa 1500 cmc., mai febbre. L'esame radiografico ha dato invece un risultato assai interessante in quanto ha svelato la presenza di due grossi calcoli nelle pelvi renali, rispettivamente uno per ognuna, con ombre renali ingrandite, specialmente la sinistra, e con la presenza anche di quattro piccoli calcoli nel parenchima del rene sinistro, e precisamente nel suo polo inferiore. Date le condizioni generali buone del paziente e tuttavia la gravità della doppia calcolosi, si decide senz'altro per la cura chirurgica in due tempi, cominciando dal rene più interessato. Il giorno sei aprile si opera il paziente di lombotomia sinistra: lussato facilmente il rene, questo appare grosso, di consistenza in parte normale, in parte assai più molle, quasi fluttuante, per la presenza di sacche idronefrotiche parziali, proprie della calcolosi renale avanzata. La pelvi si sente tutta occupata da un grosso calcolo, e viene incisa nel suo senso longitudinale per circa tre cm. in maniera che il calcolo viene abbastanza facilmente levato. Si sutura quindi con catgut fine e si rimette a posto il rene con due zaffi. Il decorso è regolare, in sesta giornata vengono tolti gli zaffi e la ferita si chiude rapidamente mentre il malato può facilmente alzarsi e girare anche per nostro consiglio, favorendo così il deflusso dell'orina dal rene alla vescica senza facilitare il ristagno. A undici giorni di distanza la cicatrice è completa e perfetta, il rene non si palpa, e l'ammalato si accinge al secondo intervento che viene fatto il 20 aprile. La lombotomia destra fa scoprire un rene grosso forse più del sinistro, molle, in parte aderente per processi perinefritici, con superfice irregolare per presenza di bozze idronefrotiche di colorito giallo rossastro in mezzo alle aree più scure di tessuto sano. La pelvi è ispessita con aderente del grasso sclerosato che si può dis-

secare con una certa difficoltà assieme ad una vena che incrocia il bacinetto in senso orizzontale. Così fatto si fissa il calcolo nella pelvi e si incide questa con taglio longitudinale di circa 3 cm. e mezzo riuscendo così piuttosto difficil-

Fig. 1.

Fig. 2.

mente ad estrarlo. Dalla breccia pielotomica esce molta urina mista a pus e poi molto sangue, che però cessa appena il rene è rimesso nella sua loggia; senza suturare questa volta la pelvi, si mette soltanto un piccolo drenaggio, che viene poi tolto definitivamente in quarta giornata. Le urine si fanno giallo chiare senza sedimento e ne sono emesse circa 1500 cmc. giornalmente. La cicatrice però in quest'ultimo caso tarda a formarsi

Fig. 3.

Fig. 4.

definitivamente e continua ad uscire un poco di urina dalla ferita per circa 15 giorni dopo di che la piccola fistola si chiude completamente e l'ammalato si può considerare guarito se non si vuole tener conto dei 4 piccoli calcoli che ancora permangono nel parenchima del rene sinistro.

La calcolosi renale è bilaterale una volta su quattro casi ed è sempre affezione molto grave che conviene curare chirurgicamente. Solo i piccoli calcoli si possono eliminare per l'uretere. Quelli grossi e fissi, anche quando sono tollerati, portano fatalmente ad alterazioni del parenchima renale cosicchè il pronostico è tanto più serio quanto più il calcolo è voluminoso, e lo è ancora maggiormente se la calcolosi è bilaterale. I sintomi clinici e la palpazione non possono con sicurezza portare alla diagnosi di calcolosi la quale è quasi sempre confermata dall'esame radioscopico e radiografico. A questo proposito conviene ricordare che i calcoli di ossalato, di fosfato, di carbonato, di urato di calcio si possono facilmente mettere in evidenza coi raggi X, mentre quelli di acido urico sono poco o nulla visibili. In quest'ultima evenienza si potrà ricorrere alla pielografia, la quale spesso è di valido ausilio nell'accertamento della diagnosi radiologica. È poi di importanza capitale lo stabilire bene la sede del calcolo perchè diverso può essere l'esito prossimo e lontano, qualora si debba ricorrere alla pielotomia piuttosto che alla nefrotomia o viceversa, essendo la nefrectomia riservata soltanto ai casi gravissimi e irreparabili. Quando l'ombra del rene è ben visibile nel radiogramma insieme a quella del calcolo, riesce facile stabilire l'ombra del calcolo rispetto al rene, come succede per il caso presente. Quando l'ombra del rene non è visibile viene di utilità il quadrilatero di Bazzi-Mojrand che si disegna sul radiogramma conducendo due orizzontali rispettivamente dalla metà della 1ª e 2ª vertebra lombare essendo i lati verticali del quadrilatero formati uno dalla linea mediana e quello esterno da una verticale tirata a 5 cm. dalla linea mediana. Tutti i calcoli compresi nel quadrilatero possono considerarsi della pelvi. Tutto questo però vale per reni non ptosici e che non presentino anomalie.

Uno dei primi fautori del taglio della pelvi per la estrazione dei calcoli in essa contenuti è stato il Nicolich di Trieste il quale raccolse e pubblicò una brillante statistica di questa sua operazione, fatta sempre dalla faccia posteriore, mentre Rosenstein la praticava dalla faccia anteriore trovando difficoltà serie da parte dei vasi che bisognava rispettare. Oggi la larga pratica ha confermato l'utilità della pielotomia posteriore, essendo quella anteriore riservata soltanto ai casi nei quali il rene, per aderenze perinefritiche, non può venire lussato dalla breccia operatoria. Si è poi discusso sulla opportunità di suturare o meno la pelvi, dopo l'estrazione del calcolo, e si è generalmente concordi nel non ritenerla necessaria data la rapidità con cui avviene spontaneamente la cicatrizzazione specialmente nelle incisioni rettilinee. Non suturando si evitano poi possibili stenosi della pelvi stessa e dell'imbocco dell'uretere. Col largo uso della pielotomia non è però da scartare completamente la nefrotomia conservatrice, la quale trova ancora le sue indicazioni ed è da preferirsi nei casi di calcoli racemosi e molto grossi, che difficilmente possono estrarsi dalla pelvi, e nei casi in cui vi sia infarcimento di tutto l'organo renale. La pielotomia è tuttavia da ritenersi l'operazione di elezione nella calcolosi renale perchè dà difficilmente emorragie, perchè non danneggia il parenchima e non lascia fistole urinose, perchè in caso di recidiva può essere ripetuta oppure succeduta dalla nefrotomia mentre che in queste successioni ad un rene nefrotomizzato non può succedere che la nefrectomia. Contenuta quindi nei suoi limiti la pielotomia oggi si fa nella maggioranza dei casi di calcolosi renali, ed i risultati anche remoti possono considerarsi quasi sempre brillanti. Nel nostro caso non si è creduto di estrarre i 4 piccoli calcoli del rene sinistro esistenti oltre quello grosso della pelvi per non complicare troppo le cose e con la speranza che possano farsi strada da soli attraverso la pelvi e l'uretere. Se invece le piccole concrezioni cresceranno si potrà rifare la pielotomia oppure la nefrotomia secondo le indicazioni. Se poi il rene suppurerà e le cose si aggraveranno si potrà ricorrere anche alla nefrectomia potendo il rene destro, libero dal corpo estraneo preesistente, assumere la intera funzione di emuntorio. Nel nostro caso la guarigione delle incisioni pielotomiche è avvenuta bene in entrambe le pelvi, più rapida però quella suturata che l'altra non suturata venendo così a discordare leggermente con l'opinione più accreditata e che cioè la sutura abbia in questi casi nessuna importanza.

Ostiglia, 10 giugno 1926.

OSPEDALE CONSORZIALE DI RONCIGLIONE.

Tre casi di ritenzione d'urina nell'infanzia

per il prof. ARMANDO SALA direttore chir.

Prescindendo dai restringimenti congeniti, molto più frequenti di quello che non si creda, rare sono le osservazioni pubblicate di ritenzione acuta totale d'urina nei bambini. Ma mentre i restringimenti possono passare inosservati fino ad una certa età, in cui possono essere interpretati come di origine infiammatoria, la ritenzione totale in questi casi, viene spesso diagnosticata dalle stesse madri o dalle ostetriche che sorvegliano attentamente i bambini od i neonati.

Dei tre casi che sono per riferire, in uno trat-

tasi di pluriobliterazione congenita con tre sepimenti a diaframma, negli altri due trattasi di ostruzione da calcolosi per arresto od accrescimento successivo di questi nell'uretra peniena.

STORIA CLINICA. — C. Giuseppe di Alfredo, neonato da 36 ore, nato a termine da primigravida e padre sano, il bambino è di peso e costituzione normale; ha emesso meconio, ma non urina. La madre racconta che il bambino vagisce da quando è nato, come se avesse dolori a tipo colico

E. O. — Stato di nutrizione normale, scheletro regolare, peso kg. 3,200; organi genitali esterni a sviluppo normale. Addome tumido, specie all'ipogastrio, dove si palpa una tumefazione ovoidale estesa dal pube all'ombellico, di consistenza dura elastica, che si diagnostica facilmente per una vescica fortemente distesa. Osservando gli organi genitali si nota che il meato urinario è obliterato e chiuso da una membranella priva di vasi, coperta da mucosa simile a quella del glande; fimosi di modico grado. Palpando l'uretra peniena si sente che è vuota d'urina, e non è distesa, nè sotto tensione.

Operazione (6 aprile 1926). — Con un coltellino per canale lagrimale di Noyes si esegue la meatotomia e si penetra nell'uretra peniana che è vuota. Si esplora la restante uretra con una sonda ureterale, cadendo contro un secondo ostacolo all'altezza dell'uretra scrotale. Con lo stesso bisturi si sfonda questo sepimento e si discide radialmente come per l'uretrotomia interna, ma non viene ancora urina, ma solo gemizio sanguigno. Si affonda ancora la sonda e si esplora un terzo ostacolo che è posto all'altezza della regione bulboperineale; si sfonda anche questo e fuoriesce allora sotto forte pressione un getto di urina svuotandosi in tal modo la vescica di circa 200 cmc. di urina con i caratteri di quella fetale. Dilatazione nei giorni successivi dell'uretra, servendosi di sei specilli cilindrici di Bowmann.

Il bimbo attualmente sta bene ed urina bene, e va sviluppandosi normalmente.

Varie sono le ipotesi per spiegare la produzione di queste membrane o valvole a forma di diaframma ad iride, però gli autori sono concordi nel ritenerle come malformazioni congenite: Tolmatschew (1870) le ritenne simili ai solchi o alle pieghe che si rinvengono normalmente nella mucosa uretrale; Bazy (1903) pensò che fossero vestigia del diaframma urogenitale; l'Owsley (1914 le considerò formazione anomale in dipendenza dei dotti di Wolff e di Müller, Watson (1918), studiando lo sviluppo del veru montanum, riscontrò in un feto di 14 settimane, tre bande fibrose estese tra la parte più sporgente del veru e la parete superiore dell'uretra, e le considerò come i fattori etiologici delle malformazioni valvolari. Glingar infine ammette una proliferazione dell'epitelio del tetto del seno urogenitale, con aderenze alla opposta parete.

Per il secondo caso trattasi di una calcolosi autoctona dell'uretra, formatasi a cavalcione tra l'uretra peniena e quella scrotale con innicchiamento come lo dimostra la sua forma allungata angolare a clava in un recesso dell'uretra, con ostruzione completa.

STORIA CLINICA. — I. Emilio, di anni 4, di Sergio, da Ronciglione. Entra nell'Ospedale il 6 luglio 1926. È stato sempre bene, ma la madre aveva notato in questi ultimi tempi che il getto dell'urina era modificato « molto fine a zampillo » da due giorni il bimbo si metteva continuamente a defecare (tenesmo) e non poteva urinare, mentre il pene era ingrossato ed il bimbo si stirava continuamente l'asta mettendo grida dolorose.

E. O. — Stato di nutrizione e sanguificazione ottima, sviluppo scheletrico regolare; all'ipogastrio si palpa la vescica distesa fino al pube; l'esplorazione rettale è negativa ma dolorosa ed esiste lieve prolasso del retto; esplorando l'uretra con un piccolo catetere, si arriva fino alla radice dello scroto, poi si urta contro un corpo duro e scabro che non si rimuove, nè si sorpassa. Palpando l'uretra dall'esterno si sente che questa è dilatata e ripiena d'urina a monte dell'ostacolo ed in corrispondenza del confine tra pene e scroto vi è un corpo rotondeggiante innicchiato che non si rimuove, della grandezza di un fagiuolo. Con una pinza da corpo estraneo a morse robuste, introdotta nell'uretra si tenta di estrarlo, ma l'uretra sanguina e si desiste da ogni tentativo, decidendo l'uretrotomia esterna sul calcolo.

Operazione. — Eterenarcosi regolare; si ripete il tentativo di litotrissia per la via uretrale che non riesce, perchè il calcolo è duro ed innicchiato; incisione sul calcolo che si estrae seguito da un getto di urina. Il calcolo è del peso di mezzo grammo, della grandezza di un fagiolo con nucleo centrale duro, ed incrostazione periferica di fosfati.

Si introduce una piccola Nelaton che si lascia a permanenza in vescica; sutura dell'uretra con catgut 00; si esegue un secondo piano con i tessuti periuretrali. Sutura della cute in catgut. L'urina che fuoriesce dalla sonda è limpida; l'indomani il paziente si sfila la sonda che non si riesce a reintrodurre per l'edema dei tessuti, ma egli vuota bene la vescica per le vie naturali e dopo aver perduto per qualche giorno qualche goccia di urina dalla cicatrice operatoria, è guarito definitivamente ed attualmente sta bene.

Per il 3° caso che risale ad alcuni anni (1917) si trattava di un calcolo immigrato nell'uretra dalla vescica ed arrestatosi ostruendo questa a circa 2 cm. dal meato.

STORIA CLINICA. — C. Mariano di Nazzareno, di anni 3, da Ronciglione. È nato a termine da genitori sani; la mamma racconta che da qualche giorno grida nell'emettere le urine, ha minzioni frequenti e stira il prepuzio con le dita e da 24 ore non ha più urinato.

E. O. — È denutrito con sviluppo organico non corrispondente all'età. Ha segni di discrinismo pluriglandolari con mongolismo prevalente. Genitali esterni bene sviluppati, con pene turgido ed uretra e vescica distesi; l'esplorazione uretrale rivela ostacolo occlusivo a circa 2 cm. dal meato urinario.

Operazione. — Si somministrano poche gocce di etere e mantenendo il calcolo tra due dita si

spezzetta e si estrae facilmente, eseguendo la litotrissia intrauretrale. Si svuota spontaneamente la vescica dando esito ad urine purulente; si esplora la restante uretra e non si trovano altri calcoli. L'avvenire del bambino fu dei più tristi; fu da me operato dopo qualche mese di epicistotomia da calcolosi vescicale; rioperato dopo alcuni mesi per ematurie con bloccaggio della vescica e decedette per infezione ascendente della vie urinarie dopo alcuni mesi.

A conclusione di queste mie osservazioni cliniche pongo il problema se la chirurgia infantile, specie quella delle vie urinarie, debba rientrare nella specialità urologica, e penso, per mio conto, che questa debba rientrare nella chirurgia generale, ma è chirurgia pericolosa e ricca di sorprese, data l'età dei pazienti, e richiede buon senso e semplicità di tecnica, specie in questi casi in cui il ricco armamentario urologico degli adulti è reso inservibile.

LETTERATURA.

FOISY. *Le rétrecissement congénital de l'urètre mâle.* Th., Parigi, 1905.
F. HINNMAN e A. A. KUTZMANN. The Journal of Urology, vol. 14, n. 2.
G. MARION. *Traité d'urologie.*
MINET. *Rétrecissements congénitaux de l'urètre.* XIV session de l'Ass. Franç. d'Urologie, 1910.
L. OMBREDANNE. *Précis de Chirurgie infantile.*
L. TESTUT. *Embriologia*, vol. III.

AMBULATORIO UROLOGICO - LA SPEZIA.

La tubercolosi vescicale primitiva.

CASISTICA

per il dott. TITO LUCRI.

La diagnosi di tubercolosi primitiva della vescica resta ancora questione di dibattito fra gli Urologhi di tutti i Paesi in riguardo all'Eziologia se cioè essa debba considerarsi quale infezione specifica primitiva installatasi per via sanguigna nella vescica in modo definitivo e là come tale aver decorso per tutto il suo periodo di svolgimento, oppure se detto modo di infezione pure essendo teoricamente possibile debba essere quasi sempre considerato alle dipendenze di lesione tubercolare renale soprastante o quale propagazione da focolaio prostato-vescicolo-testicolare nell'uomo o da lesione salpingo ovarica nella donna. Vi è chi nega la primitività della tubercolosi della vescica e vi è chi con argomenti e dati non tutti forse al riparo di ogni critica obiettiva, sostiene il contrario.

Marion nel suo classico *Trattato di urologia* ammette che la tubercolosi vescicale è estremamente frequente ma essa è secondaria a una lesione renale della stessa natura o più raramente a una lesione genitale prostatica o salpingea o a una lesione perivescicale.

In modo eccezionale la tubercolosi vescicale è primitiva (per lui) almeno per rapporto a lesioni della stessa natura dell'apparato urinario. Marion infatti, nota che fra le osservazioni di tubercolosi vescicali primitive pubblicate ve ne sono diverse che vanno soggette a critiche ed a revisioni. Legueu e Papin nel loro *Précis d'Urologie* notano che la tubercolosi della vescica è due volte più frequente nell'uomo che nella donna ed in riguardo alla patogenesi della affezione essi ammettono teoricamente che la tubercolizzazione della vescica per via sanguigna pare possibile ma praticamente essa non esiste e più rigidi nel loro giudizio del Marion essi dicono che la tubercolosi della vescica è sempre secondaria alla tubercolosi renale per via discendente ureterale o alla tubercolosi prostato testicolare per via ascendente uretrale, per contiguità o per rottura di un ascesso freddo prostatico nella vescica.

In via eccezionale essi hanno notato una salpingite tubercolosa aprirsi nella vescica e contaminarla.

Meno assoluto nella sua asserzione è Casper nel suo *Lehrbruch Urologie* dove pur ammettendo che non bisogna di fronte a lesioni tubercolari vescicali evidenti rinunziare all'esplorazione ed alle ricerche renali, di fronte alla negatività provata di queste ricerche bisogna ammettere un tipo ben individuato di tubercolosi primitiva della vescica. Ammette pure egli la tubercolosi vescicale consecutiva a lesioni tubercolari della prostata del testicolo e vesciche seminali, più rara per quanto possibile, e per lui la tubercolosi vescicale da propagazione di focolaio salpingeo.

Desnos e Minet nel loro *Trattato di urologia* a proposito della tubercolosi della vescica credono che debba essere considerata quale propagazione di lesione tubercolare renale soprastante o di lesione genitale viciniori. Non escludono, pur ammettendo la rarità, che possa esistere una tubercolosi vescicale primitiva.

Jungano ammette la tubercolosi vescicale primitiva; ne riporta un caso molto interessante nel *Journal d'Urologie*, t. X, n. 1, pag. 15.

Fra gli autori tedeschi Hottinger crede possibile la tubercolosi primitiva ed isolata della vescica e nel *Zeitschrift Urologie*, t. XVIII, n. 3, pag. 146, anno 1923, ne riporta con lusso di particolari e dettagliata descrizione un caso molto significativo.

Gaiet di Lilla e Boechel di Trasburgo hanno riportato casi di tubercolosi primitiva della vescica. Altri molti casi ne esisteranno ma non sono a mia

conoscenza. Ed ora brevemente farò l'esposizione del caso che ho avuto occasione di osservare nella mia pratica privata.

CASO IN ESAME. — R. B., di anni 26, viene a consultarmi il 16 settembre 1925 perchè da qualche tempo soffre secondo il suo dire nell'urinare. Questa sofferenza consiste in uno stimolo più frequente di urinare ogni mezz'ora o tre quarti d'ora al giorno, ogni due ore la notte emettendo urine che lasciano un leggero deposito in fondo al vaso. In certi momenti ella emette anche del catarro leggermente striato di sangue. Dopo circa un mese di tempo dall'inizio dei suoi disturbi ella andò a consultare il proprio medico curante il quale diagnosticò trattarsi di cistite banale e le ordinò delle cartine di urotropina ed un regime appropriato; in seguito a questo trattamento l'inferma si sentì peggiorare e ritornata a consultare dopo una ventina di giorni il proprio medico, questi le ordinò delle lavande vescicali quotidiane, di permanganato di potassa all'1 per 5000. Le lavande e specialmente l'introduzione e i movimenti dell'estremità vescicale del catetere riuscivano oltremodo dolorosi alla paziente che dopo ogni lavanda emetteva al fine della minzione qualche goccia di sangue. Peggiorando ed aggravandosi i disturbi locali ella è venuta spontaneamente a consultarmi.

Esame obiettivo. — Soggetto di mediocre costituzione fisica con masse muscolari ipotoniche, mucose visibili ad occhio nudo pallide, nulla di morboso si nota a carico dell'apparato respiratorio e circolatorio. Tre anni or sono ebbe un bambino vivente ma di condizioni fisiche scadenti. Nessuna malattia degna di nota nella sua anamnesi personale all'infuori di una adenite cervicale destra guarita dopo due anni di trattamento sofferta all'età di 14 anni; adenite che ha lasciato una cicatrice ben netta e leggermente deforme al collo.

Il marito della paziente non ha sofferto di infezione blenorragica, nè presenta attualmente alcun postumo di detta infezione.

Padre dell'inferma morto di emorragia cerebrale, sorella morta di tubercolosi polmonare. Madre e due sorelle viventi e sane. Dati i disturbi vescicali marcati nell'inferma per una diecina di giorni le prescrivo bleu di metilene per bocca (due pillole di 5 centigr.) e per instillazioni vescicali ogni tre giorni (10 cmc. di soluzione di bleu di metilene all'1 % tiepida) ed in seguito propongo un esame cistoscopico con conseguente cateterismo degli ureteri e funzionalità renale che viene accettato dall'ammalata e da me praticato 12 giorni dopo la prima visita.

28 settembre 1925.

Cistoscopia e cateterismo degli ureteri. — Vescica capacità 80 cmc., urine torbide, reazione acida, fortemente tinte in bleu; vescica uniformemente arrossata nella regione del trigono con zona di edema bolloso. Orificio ureterale destro visibile; l'orificio ureterale sinistro è difficile a mettere in evidenza ed appare in mezzo ad un edema marcato della papilla; lontano e posteriormente all'orificio ureterale sinistro si nota un'ulcerazione a bordi salienti a picco, a fondo regolare ricoperto di una poltiglia di colore giallo. Sparse per la regione del trigono si notano soffusioni emorragiche che rendono più difficile la visione dell'orificio ureterale sinistro.

Cateterismo dell'uretere sinistro facile, si sale con la sonda ureterale n. 13 Einard fino a 25 centimetri. Più difficile riesce invece il cateterismo dell'orificio ureterale sinistro. Si rimonta con la sonda ureterale n. 12 per soli 15 centimetri e non più oltre.

Esame funzionale di 70'. — Rene destro urina 85 cmc.; urea al litro grammi 15 per 1000; quantità realmente eliminata gr. 1.19; cloruri al litro gr. 7.10; quantità reale eliminata gr. 0.60; P. S. P. (Fenolsulfonftaleina) 25 + 7 = 32 %.

Rene sinistro quantità di urina cmc. 72; urea gr. 13 %; quantità realmente eliminata gr. 0.93; cloruro al litro gr. 8.50; quantità realmente eliminata gr. 0.61; P. S. P. 27 %.

Esame isto-bacteriologico sed. (Lenimento centrifugato). (Praticato dal prof. Pardi dell'Ospedale Civile di Spezia). Rene destro: non bacteri, qualche globulo rosso, cellule epiteliali.

Rene sinistro: qualche raro leucocita, non bacteri, cristalli ossalati di calcio, non cilindri.

Nell'urina raccolta in vescica, *pus* globuli rossi, cellule vescicali, non bacilli di Koch, non bacteri banali.

Data la negatività assoluta di ogni ricerca renale, e l'aspetto tipico delle lesioni specifiche vescicali furono inoculate tre cavie con un centimetro cubo ciascuna di urina prelevata *asetticamente* provenienti una dal rene destro, una dal sinistro e una raccolta dalla vescica. Sopravvivenza di tutte e tre le cavie, che furono uccise in quarantesima giornata e di cui ecco qua sotto il reperto anatomo-patologico:

1ª cavia distinta con una macchia rossa sulla fronte e di colore bianco, inoculata con urina del rene destro, nulla di notevole sul peritoneo, nulla sulla superficie peritoneale del fegato e della milza, nulla di apprezzabile all'apparato respiratorio e circolatorio, nulla nelle meningi, nulla agli organi genitali ed urinari, nessuna tumefazione o superazione delle glandole inguinali;

2ª cavia bianca con macchia nera sul dorso inoculata con urina del rene sinistro: identico risultato;

3ª cavia colore bianco con macchie rosse diffuse all'addome inoculata con urina vescicale, peritoneo disseminato di tubercoli, superficie peritoneale della milza e del fegato cosparsa di noduli tubercolari, di cui alcuni incisi lasciano uscire la goccia di pus denso e caseoso, rari noduli tubercolari nell'apparato respiratorio, adenite inguinale sinistra al punto di inoculazione. Di fronte ad un reperto di tal genere la diagnosi non lasciava adito a dubbi di sorta, ed intrapresi difatti, il trattamento ricostituente generale a base di preparati calcici per bocca o di iniezioni di siero antitubercolare e ricostituenti a base di arsenicali per uso ipodermico. Localmente praticai per diverso tempo iniezioni vescicali ogni cinque giorni di 10 cmc. di bleu di metiline all'1 % leggermente tiepida alternato con olio gomenolato Prévet al 33 %: in seguito a tale trattamento la inferma ha subito migliorato notevolmente le condizioni locali e generali e ingrassata aumentando di quattro kgr. di peso è diminuito notevolmente lo stimolo di urinare e mentre prima aveva pollachiuria diurna ogni tre quarti d'ora circa, e notturna ogni due ore, adesso urina ogni tre ore il giorno ed un paio di volte la notte.

È cessata quasi del tutto l'ematuria ed i dolori alla fine della minzione. Rivedo ogni quindici giorni la paziente che continua il trattamento locale e generale; ella si sente, a suo dire, rinata dalla cura.

20 febbraio 1926.

Sono quasi cinque mesi che l'ammalata è in trattamento. Le urine sono ancora leggermente torbide e persistono diminuiti di intensità notevolmente i fatti vescicali. Pratico la cistoscopia ed un cateterismo degli ureteri ed il risultato è identico al primo, negatività cioè assoluta di ogni lesione renale; alla cistoscopia la vescica è ancora rossa ed edematosa nella regione del trigono, sono scomparse quasi del tutto le soffusioni emorragiche che esistevano prima e l'ulcerazione posteriore all'orificio ureterale sinistro è diminuita di ampiezza, i bordi cioè hanno perduta la salienza e si va ricoprendo detta ulcerazione di piccole concrezioni calcaree biancastre. Faccio sull'ulcerazione secondo il metodo di Parisi un'applicazione di scintille calde (elettrofulgorazione) (apparecchio di Heit Boieges).

Giugno 1926.

Rivedo ancora l'ammalata che mi dice che in seguito all'applicazione di scintille fatte l'ultima volta ebbe dopo quindici giorni lieve ematuria e riacutizzazione dei fatti vescicali, tutto è rientrato però nell'ordine normale dopo breve periodo di tempo ed attualmente ella mi dice di essere ritornata nelle condizioni normali avanti cioè di avere i disturbi vescicali.

29 giugno 1926.

Pratico all'inferma una nuova cistoscopia.

Vescica capacità 150 cmc.

Urine vescicali leggermente torbide, a reazione acida. Il cateterismo bilaterale degli ureteri conferma la negatività assoluta di lesioni renali.

Orificio ureterale destro visibile nettamente.

Orificio ureterale sinistro confuso in mezzo ad edema del trigono e circondato da suffusioni emorragiche.

Agosto 1926.

L'inferma è visitata anche endoscopicamente dal prof. Cassanello, chirurgo primario Ospedale Civile di Spezia, che conferma pienamente la diagnosi ed il trattamento istituito.

Eziologia e patogenesi della tubercolosi vescicale. — La tubercolosi della vescica è due volte più frequente nell'uomo che nella donna. La via sanguigna rappresenta il tramite per cui si installa definitivamente nella vescica l'infezione tubercolare.

Anatomia patologica. — Al periodo iniziale della tubercolosi vescicale noi vi troviamo le granulazioni tubercolari, le granulazioni grigie ialine che rassomigliano dal punto di vista endoscopico, alle cisti della cistite cistica, poi in seguito la granulazione diviene gialla. Come disposizione topografica nella vescica queste granulazioni sono aggruppate in ammassi più o meno marcati e sono sotto epiteliali e qualche volta un poco più profonde. Al controllo cistoscopico si possono vedere delle granulazioni assolutamente isolate, la sede delle granulazioni è varia, se ne possono trovare dappertutto nella vescica ed in qualunque parte; ma il luogo d'elezione è la regione degli ureteri o la regione peri-ureterale. Oltre alle granulazioni noi possiamo trovare le ulcerazioni della vescica che si possono presentare sotto due diversi aspetti: 1) di ulcerazione vera e propria o quando è avvenuta la fusione e la suppurazione della granulazione rimane al suo posto una perdita di sostanza a bordi tagliati a picco, di aspetto crateriforme ricoperto di una poltiglia di colore biancastro o giallo; a lato poi dell'ulcerazione vera e propria esiste l'esulcerazione che ha dei caratteri ben distinti perchè a luogo di presentare come nella ulcerazione un'escavazione nella parete vescicale l'esulcerazione dà l'impressione di sollevarsi sulla mucosa circostante. Nel caso in esame posteriormente all'orificio ureterale sinistro si notava una vasta esulcerazione di un fondo poco scavato finemente irregolare ricoperto di un detrito poltaceo aderente e giallastro, circondata da una zona formata di una intensa congestione con picchiettature emorragiche e dilatazione marcata dei capillari.

La forma di detta esulcerazione era ovalare. Nel periodo di stato delle lesioni tubercolari la vescica ha delle pareti dure e rigide e resta come fissata nella sua forma. La vescica in questi periodi inoltre può mostrare delle vaste ulcerazioni di natura banale e mettere a nudo il suo strappo muscolare oppure ricoprirsi di bottoni carnosi vegetali. In un periodo terminale la parete vescicale profondamente attaccata si trasforma in un involucro fibroso dove non è più possibile riconoscere la struttura abituale della vescica e generalmente queste vesciche sono grandi e a pareti molto sottili.

Sintomatologia. — I sintomi precoci della tubercolosi vescicale sono: l'ematuria terminale leggera, l'urina è più carica di sangue alla fine della minzione, la pollachiuria è diurna e più marcata durante la notte, qualche volta il malato presenta segni di falsa incontinenza durante la notte, il dolore che apparisce durante la minzione raggiunge il suo massimo alla fine, tutti questi sono dei segni precoci della tubercolosi vescicale, bene inteso quando l'ammalato non abbia avuto altre infezioni banali della vescica (blenorragia).

Quando l'ammalato poi ha finito di urinare ha spesso delle contrazioni di tenesmo molto dolorose a periodi molto più avanzati della lesione vescicale il dolore aumenta a tale punto che l'ammalato è preso da uno stato di minzione spastica e al periodo di stato delle lesioni l'ematuria diventa molto più frequente, più copiosa sempre però a carattere terminale (Legueu). Gli ammalati urinano con una frequenza estrema e nel contempo apparisce una marcata e abbondante piuria; nel

periodo estremo e avanzato delle lesioni si possono osservare delle mega vesciche a pareti muscolari molto assottigliate — ogni cistite spontanea è sempre sospetta di essere tubercolare (Marion).

Trattamento. — Molteplici sono i trattamenti proposti per la tubercolosi vescicale primitiva, parte di questi diretti allo stato generale fra cui il soggiorno in aria libera con sovraalimentazione (ricostituente, olio di fegato di merluzzo, preparati arsenicali ferruginosi) dall'uso di sieri e vaccini antitubercolari da cui pare non ci sia da attendere gran cosa. Consigliati in primo tempo ed oggi abbandonati, quasi del tutto salvo il caso di infezioni banali sopraggiunte sono l'uso dell'urotropina e dell'elmintolo perchè congestionanti ed emorragipari riconosciuti (Marion). Buon risultato danno le instillazioni di sublimato all'1 per mille; dolorosa se non preceduta da una iniezione di un centigrammo di morfina l'iniezione di qualche soluzione fenica al 5 %, ma di reale effetto terapeutico secondo il metodo di Rowsing di Copenaghen. Buon risultato dona poi un recentissimo trattamento terapeutico instituito al servizio Civiale (Parigi) dal collega ed amico dott. H. Blanc consistente in iniezioni ogni 5-7 giorni di soluzione di bleu di metiline chimicamente puro all'1 % (10 cmc.) e rimarchevole è la sua azione sedativa sulla sensibilità vescicale per quanto pare che non abbia nessuna azione sul decorso delle lesioni tubercolari stesse.

Dei trattamenti endoscopici poco possiamo attendere dalla galvanopuntura e dai toccamenti coll'acido lattico concentrato mentre invece ed ispecie nelle forme di placche di cistite incrostata il trattamento diatermico secondo il metodo Parisi ha dato e dà ancora dei risultati rimarchevoli. Tra i trattamenti chirurgici della tubercolosi vescicale primitiva è di reale utilità qualche volta il raschiamento della vescica che nella donna può essere praticato per via endouretrale e nell'uomo ancora per via sopra pubica (Kustner-Kummell Kolker).

Infine qualche caso di cistite ribelle ad ogni trattamento vi può essere l'indicazione di mettere la vescica a riposo per drenaggio soprapubico o per taglio vaginale nella donna o infine per esclusione con ureterostomia bilaterale cutanea o intestinale (Legueu).

RIASSUNTO E CONCLUSIONE.

La tubercolosi vescicale primitiva affezione rara esiste però in modo dubbio come tale, più frequentemente essa è alle dipendenze di lesioni renali soprastanti o di lesioni prostato testicolari nell'uomo o di lesioni specifiche salpingo ovariche nella donna. È affezione tenace resistente per lungo tempo alle cure meglio condotte, richiede perseveranza e continuità di trattamento, spesso si complica con lesioni specifiche e progressive alla prostata, ai testicoli e vescicole seminali, e per quanto noi possiamo osservare dei casi di evoluzione lenta esistono ancora dei casi certi ma non molto numerosi di guarigione.

OSPEDALE CIVILE DI OSTIGLIA - REPARTO CHIRURGICO.
Direttore dott. P. ZANARDI.

Grosso diverticolo congenito della vescica.

Nota del dott. GIUSEPPE BACCHI, aiuto.

P... Gentile, anni 47, Sustinente, luglio 1925.

Il caso è interessante per la grandezza del diverticolo che quasi raggiunge le dimensioni della vescica sulla quale è impiantato sessilmente e per il particolare della comunicazione interrotta fra vescica e cavità diverticolare. Il reperto è stato operatorio, poichè data l'urgenza del caso, non si sono potuti fare quegli esami necessari che forse avrebbero potuto chiarire la diagnosi prima.

Antecedentemente ai disturbi in parola la paziente non fu mai malata. Ebbe quattro figli tutti sani. Presenta da qualche tempo disuria con accenno talora ad urinare in due tempi, e tale disturbo si accentua talmente che la paziente viene condotta all'Ambulatorio del nostro Ospedale per ritenzione assoluta di urina. All'esame si riscontra tumore all'ipogastrio che arriva in alto due dita sotto l'ombellico. Si procede senza difficoltà a siringare la vescica e si estraggono circa 500 cmc. di urina limpida. Permane tuttavia la bozza del tumore, localizzata più verso destra, ben palpabile dalle pareti addominali, elastica e fluttuante, e che all'esame ginecologico si sente riempire il fornice anteriore e laterale destro. Il pensiero di un diverticolo vescicale sorto a priori è stato scartato per il fatto che la pressione sul tumore pur provocando discreto dolore non faceva diminuire il suo volume e la sua tensione come avrebbe dovuto succedere nel caso di comunicazione con la vescica. E così pur non essendosi fatta diagnosi precisa, si sospettò più di un tumore del bacino piuttosto che degli annessi, il quale o per compressione o per fatto riflesso avesse portato alla ritenzione completa vescicale. Appena svuotata la vescica la donna si sentì bene e volle tornare a casa, ma dopo alcuni giorni fu ricondotta nel nostro ospedale cogli stessi sintomi della prima volta, forse anche più gravi per cui si decise l'operazione. Aperto l'addome potemmo riscontrare questi fatti: utero e annessi normali. Quelli di destra spinti molto in alto da una notevole rilevatezza posta sotto il peritoneo, nello spessore del legamento largo, addossata e quasi confondentesi con la vescica. Aperta e scollata la pagina peritoneale si osserva che il tumore si spinge fin contro il pube e l'ischio e vi pare aderente, tanto riesce difficile di isolarlo e dissecarlo per cui si svuota col trequarti dando esito a circa 300 cmc. di orina torbida e di odore ammoniacale. A questo punto la diagnosi di diverticolo vescicale appare chiara, e l'isolamento di questo riesce più facile tranne che dal lato della vescica, con la quale forma un tutt'uno inscindibile. Le pareti del diverticolo hanno la struttura macroscopica della vescica ipertrofizzata presentando perfino le colonne come quest'ultima.

Il foro di comunicazione fra diverticolo e vescica, forse originariamente sufficente, appare ora piccolissimo e quasi ostruito per successivi probabili processi infiammatori causati dal ristagno di urine. Volendo escidere il diverticolo ne residua una larga breccia nella parete laterale della vescica, che è di aspetto normale, e questa può essere ricostruita solo discretamente, curando di introflettere bene la mucosa. Resta così soltanto una piccola fistola che si chiude in un paio di settimane e la donna può guarire completamente.

Evidentemente in questo caso si tratta di diverticolo congenito, perchè non accompagnato da stenosi uretrale, perchè unico, e perchè costituito da pareti come quelle della vescica. Gli strati muscolari devono aver servito a svuotare l'urina dal diverticolo nella vescica e devono essersi ipertrofizzati quando il foro di comunicazioni è diventato insufficente proprio come accade per la vescica quando l'uretra non è sufficentemente pervia. In questo caso il diverticolo era sviluppato al lato esterno dell'uretere di destra e questa è una delle due sedi in cui normalmente si sviluppano i diverticoli congeniti; l'altra sede è al vertice della vescica. Talora l'orificio di comunicazione di detti diverticoli può essere rivestito di fibre muscolari formanti un vero sfintere capace di aprirsi e chiudersi (Marion). Circa l'origine dei diverticoli congeniti vescicali di questa sede pare che dipendano da un vizio primitivo del volume dell'orificio inferiore del canale che partendo dal canale di Wolff deve dare origine agli ureteri.

Ostiglia, 10 giugno 1926.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Questioni di acidimetria urinaria.

La determinazione ed il significato del pH urinario.

Dott. AZEGLIO FILIPPINI.

Il consueto metodo per la determinazione dell'acidità dell'urina consiste nell'aggiungere ad una determinata quantità di questa una soluzione titolata di soda caustica, in presenza di un indicatore (tornasole, fenolftaleina) fino a che questo cambi di colore; i risultati si esprimono poi in acido cloridrico per litro di urina.

Il metodo ha anzitutto lo svantaggio di una precisione relativa, in quanto che gli indicatori usati non hanno uguale sensibilità rispetto ai diversi acidi. Il tornasole, per esempio, cambia di colore soltanto con gli acidi forti ed il suo punto di viraggio, con i fosfati, è difficile da determinare. La fenolftaleina vira con gli acidi medi e, con i diversi fosfati acidi dà valori differenti, in quanto che non vira con l'atomo di H libero del fosfato bisodico.

Inoltre con il metodo della titolazione per mezzo della soluzione di soda, si saturano successivamente le molecole acide fino alla neutralizzazione e si valuta così l'acidità potenziale (cioè la quantità totale delle molecole acide contenute nell'urina e non già quella attuale o reale, che esprime le vere condizioni in cui si trova l'urina nell'organismo.

I principali corpi a funzione acida che si trovano nell'urina sono: 1) i fosfati acidi; 2) gli urati acidi; 3) l'acido carbonico; 4) i pigmenti; 5) gli aminoacidi. Ora, con la consueta acidimetria, si calcola la somma algebrica di tutti questi corpi a funzione e significato differente e se ne traggono quindi delle indicazioni che danno bensì la misura di tutta l'eliminazione acida dell'organismo, ma non ci dicono nulla sui singoli fattori di essa; forniscono dunque un'indicazione di quantità e non di qualità. La conoscenza dei singoli corpi che danno l'acidità si ottiene con le relative analisi, mentre quella sulle condizioni di acidità si ha con la determinazione dell'acidità reale od attuale, che ha notevole importanza per l'esplicazione di molti fenomeni specialmente biologici e che corrisponde alla concentrazione degli joni di idrogeno che si trova in un determinato mezzo.

IL CONCETTO DI pH.

Per ben comprendere il concetto di acidità reale od attuale, è necessario tener presente i principi fondamentali della dissociazione elettrolitica. È noto che, nella soluzione di una sostanza nell'acqua, le molecole di tale sostanza si trovano

scisse negli joni che le compongono. Così il cloruro di sodio (NaCl) si scinde negli joni: Na e Cl. La stessa acqua distillata (H_2O) è in parte dissociata in joni di idrogeno (idrogenjoni o Hjoni) ed in idrossili (idrossil-joni o OHjoni), che si trovano in un rapporto costante.

Tralasciando, per semplicità di esposizione le considerazioni sulla legge di massa in rapporto con l'equilibrio fra joni liberi e molecole non dissociate, diremo che la costante di dissociazione dell'acqua (H+ × OH—) è stata trovata di $\frac{1}{100.000.000.000.000}$, frazione che si può più comodamente scrivere 10^{-14}. E, siccome la quantità degli joni H+ e OH— è uguale, si avrà che la concentrazione dei singoli joni nell'acqua sarà di $\frac{1}{10.000.000}$, cioè di 10^{-7}. Ciò significa che l'acqua distillata contiene per ogni 10.000.000 litri 1 grammo di H e 17 grammi di OH.

Se si aggiunge all'acqua un acido, questo si dissocia (parzialmente o totalmente) in H+ joni ed in joni negativi caratteristici dell'acido usato (Cl— per il cloridrico, SO_3— per il solforico, ecc.). Ne segue che la concentrazione di H+ joni liberi aumenta, mentre diminuisce corrispondentemente quella di OH— joni per il fatto che la costante di dissociazione deve appunto rimanere costante (H+ × OH— = 10^{-14}).

Quindi se (H+) aumenta a $10^{-4} = \frac{1}{10.000}$, la concentrazione di OH— joni si abbasserà a $10^{-10} = \frac{1}{10.000.000.000}$. In tal caso, la soluzione è acida. Viceversa, se si aggiunge un alcali, questo è dissociato in OH— joni ed in joni positivi caratteristici del metallo (K+ per il potassio, Na+ per il sodio, ecc.); aumenta la concentrazione in OH— joni e diminuisce corrispondentemente quella in H+ joni e la soluzione è alcalina.

Per la maggiore facilità con cui si possono determinare gli H+ joni anzichè gli OH— joni si parla sempre di concentrazione di H+ joni; quella in OH + joni sarà sempre uguale alla differenza fra 14 e la concentrazione in H+ joni.

Ora, i diversi acidi — che nelle soluzioni normali contengono tutti un grammo di H per litro — differiscono invece grandemente per il grado in cui sono jonizzati. Gli acidi forti (cloridrico, nitrico) sono largamente dissociati, mentre lo sono scarsamente quelli deboli.

La misura di tale dissociazione (che si indica con cH = concentrazione di H+ joni, detta anche numero di idrogeno) può essere espressa direttamente. Per l'acido cloridrico che, nella sua soluzione decinormale (1/10.N) è jonizzato nella misura dell'84 %, si ha: 8,4 × 10^{-2}; per l'acido acetico (pure 1/10/N) jonizzato a 1,36 % si ha: 1,36 × 10^{-3}.

Più comoda ed ormai generalmente usata è invece la notazione proposta da Sörensen, il quale ha introdotto il simbolo pH (esponente di H+ joni) che è il logaritmo (a base 10) del numero che esprime la concentrazione di H+ joni, scritto omettendo il segno negativo. Negli esempi di cui sopra si ha rispettivamente pH = 1,08 e 2,86 (1).

Negli esempi citati, abbiamo considerato, sia per l'acido cloridrico che per l'acetico, la soluzione 1/10.N la quale, titolata con un alcali pure 1/10.N in presenza di fenolftaleina, dà la stessa acidità di titolazione per entrambi gli acidi, mentre, come appare dal rapporto $\frac{84}{1,36}$ la soluzione di acido cloridrico ha una concentrazione di H+ joni che è 62 volte maggiore che non quella di acido acetico ed un valore di pH che è quasi il terzo di quest'ultimo e, quindi, un'acidità quasi tripla. Ciò dipende dal fatto che quest'ultimo è solo parzialmente dissociato in joni; con l'aggiunta dell'alcali, man mano che gli H+ joni si vengono combinando con la base, si viene jonizzando un'altra frazione di acido fino a che tutti gli H+ joni si sono combinati. Gli OH— joni che si aggiungono in seguito reagiscono con la fenolftaleina e danno il cambiamento di colore in rosa.

Si deve poi tener presente che, con l'aumentare dell'acidità, si vede diminuire il valore di pH, ma non però nella stessa proporzione, in quanto che questa rappresenta il logaritmo. Quindi, se la concentrazione in H+ joni raddoppia, il pH non viene dimezzato ma soltanto diminuito di 0,301, che è appunto il logaritmo di 2.

Il valore di pH è 7 con la reazione neutra (tale è appunto il pH dell'acqua distillata precisamente 7.07); è maggiore di 7 (fra 7 e 14) con la reazione alcalina e minore di 7 con la reazione acida.

Il pH è soggetto a notevoli variazioni. Anzitutto ha grande influenza la temperatura; il valore di pH per la reazione neutra che è di 7,07 a 18°, discende a 6,76 a 37°. L'acido carbonico del l'aria lo fa diminuire, mentre basta una traccia di alcali che si diffonde dal vetro del recipiente per aumentarlo notevolmente. E, siccome per le funzioni biologiche il pH deve avere una certa costanza, è necessario l'intervento di un meccanismo per raggiungere questo scopo. Vi sono appunto certe sostanze (1) le quali smorzano in certo

---

(1) Alcuni autori (cito p. es., RONDANI nel suo recente *Manuale di Biochimica*) usano ancora esprimere la concentrazione di H+ joni con il valore di cH. Per passare da questo al pH occorre fare il seguente calcolo prendendo come esempio quello dell'acido cloridrico sopra citato:
log. cH = log. 8,4 + log. 10^{-2} = 0,92 + (—2) = —1,08.
Quindi, cambiando il segno, pH = 1,08.
Per il calcolo, basta prendere le due prime cifre decimali del logaritmo.

(1) A queste sostanze gli autori tedeschi ed americani che si sono per i primi occupati della questione, hanno dato rispettivamente il nome di *Puffer* o *Buffer*. Questi nomi stanno ad indicare in dette lingue quel particolare congegno che serve ad attutire gli effetti di un colpo, come si osserva p. es., nei veicoli ferroviari e che in italiano ha il nome tecnico di « respingente » o di « paracolpo ». Gli autori italiani, a quanto sembra, hanno appreso tali nozioni dai francesi, perchè generalmente danno a tali sostanze il nome di « tamponi », italianizzando così malamente il « tampon » francese che ha appunto il significato sopra accennato e che traduce quindi in tale accezione anche il Puffer o Buffer. Altri invece traducono con « cuscinetto », ciò che corrisponde meglio al concetto, tanto più che abbiamo anche nell'uso corrente una dizione analoga nel così detto « stato-cuscinetto » che traduce il tedesco « Pufferstaat ». A me sembra però più razionale (e mi auguro che su questo punto si venga ad un accordo) che il « Puffer » o « Buffer » si traduca in italiano con « sostanze smorzatrici » o

modo l'effetto degli acidi e degli alcali nel senso di legare esse stesse una parte degli H+ o degli OH— che si aggiungono e tendono così a mantenere costante il pH. Le proteine, il bicarbonato di sodio ed i fosfati compiono tale funzione nell'organismo animale in cui abbiamo sempre a che fare con liquidi che contengono tali smorzatori.

LA MISURA DEL PH.

La concentrazione di H+ joni può essere misurata in due modi: col metodo elettrometrico, mediante i così detti potenziometri e con quello colorimetrico, mediante indicatori, cioè sostanze coloranti che assumono diversa colorazione a seconda del pH e che subiscono netti cambiamenti di colore con minime variazioni di pH.

Per le misure elettrometriche sono necessari apparecchi delicati e costosi (attualmente il prezzo oltrepassa le 10,000 lire) e lunghe manovre, mentre il metodo colorimetrico, pure esigendo una certa delicatezza specialmente per la preparazione delle soluzioni-campione, è rapido e semplice. Basta mescolare una determinata quantità del liquido in esame con una soluzione colorante, comparando poi il colore che si ottiene con quello di soluzioni-campione di noto pH o con tabelle o vetri con le relative gradazioni di colore.

Nella pratica corrente, le difficoltà maggiori si trovano per ottenere l'acqua distillata perfettamente neutra, cioè ad un pH di 7. Quasi sempre l'acqua dei laboratori è invece a pH 6,2-6,4, in parte anche per la presenza di anidride carbonica. È quindi necessario distillarla nuovamente e farla poi ribollire per scacciarne l'anidride carbonica, conservandola poi in recipienti di vetro ottimo (che altrimenti potrebbe cedere tracce di alcali), meglio se rivestiti di paraffina all'interno, muniti di tubi con calce sodata che assorbono l'anidride carbonica dell'atmosfera. Si comprende l'importanza di un'acqua distillata a pH esattamente di 7 per la preparazione delle diluizioni, ottenendosi alterazioni del pH se essa non è rigorosamente neutra. Invece nessuna importanza ha la diluizione, purchè mantenuta entro certi limiti. Per l'urina, le ricerche di B. Hastings, J. Sendroy e W. Robson (1) hanno dimostrato che con una diluizione al 1/5 ed anche al 1/10, si ha un errore in più di pH 0,1, che è del tutto trascurabile in pratica; ad ogni modo, per determinazioni di precisione, basterebbe sottrarre 0,1 al valore ottenuto.

Col metodo colorimetrico, si possono usare gli indicatori monocromatici o dicromatici; con i primi, le variazioni del pH si traducono in un cambiamento di intensità del colore, mentre con i secondi si ha un cambiamento di colore (viraggio).

Il primo metodo è quello preconizzato da Michaelis, che usa il nitrofenolo (para e meta) ed il dinitrofenolo (alfa, beta e gamma), ottenendo tutta la gamma da pH × 2,4 a 8,4. A 6-10 cmc. di urina (o di altro liquido in esame) eventualmente diluita a 1/2-1/3-1/5 se è molto colorata e se il peso specifico è oltre 1010 si aggiunge 1 cmc. della soluzione preparata della sostanza colorante. Si paragona poi il colore che così si ottiene con quello di liquidi di determinato pH (a cui pure è aggiunto 1 cmc. della soluzione colorante) contenuti in tubi saldati alla lampada.

Le diverse intensità si apprezzano bene usando il comparatore di Walpole, che ognuno può facilmente costruirsi da sè. Trattasi di un parallelepipedo di legno, tinto in nero, in cui sono praticati 4 o 6 fori di diametro un po' maggiore di quello dei tubi usati, paralleli due a due ed in direzione dall'alto al basso, fino ad un paio di centimetri dal fondo. Ad una certa altezza, tale che corrisponda alla colonna liquida nel tubo, sono praticati altri 2-3 fori, che si incontrano perpendicolarmente con i primi e servono appunto per guardare attraverso il liquido contenuto nei tubi. In uno dei fori superiori si introduce l'urina con la soluzione colorante e nel foro dietro ad esso un tubo con acqua distillata; nell'altro foro della prima serie si mette un tubo con la soluzione-campione (dietro ad esso un altro tubo con 6-10 cmc. di urina più 1 cmc. di acqua distillata) e si paragonano le intensità di colore fino a trovare quella che corrisponde al colore che si ottiene con il liquido in esame, che avrà quindi quel determinato pH. Il terzo foro serve eventualmente per un tubo con acqua distillata o per un altro tubo della soluzione-campione. È opportuno collocare dietro ai fori attraverso i quali si guarda il liquido un vetro turchino se si guardano dei liquidi che, come l'urina, sono giallognoli (1).

L'apparecchio è poi stato perfezionato, usando dei recipienti per i liquidi, a sezione quadrata

---

« smorzatori » (od anche regolatori o stabilizzatori), denominazione che rende meglio l'idea della parola tedesca ed inglese ed ha anche il vantaggio, in confronto del termine « cuscinetto » di poter usare anche la denominazione « smorzata » (analogamente a quella di « buffered ») per indicare la soluzione ad acidità smorzata. Invece, anche tollerando il francesismo usato spesso di « tampone » per turacciolo o zaffo, la dizione di *soluzione tamponata* (che corrisponderebbe a « soluzione tappata!) non ha per noi nessun significato.

(1) *Journ. of Biological Chemistry*, sett. 1925 (v. 45, n. 2).

(1) Troppo lungo sarebbe descrivere qui la preparazione delle soluzioni-campione per le quali rimando alla pubblicazione di L. MICHAELIS, di cui esiste anche una traduzione francese. *Manuel de techniques de physico-chimie*, Masson e C., Parigi.

anzichè rotonda come i tubi, per cui si guarda attraverso delle facce piane, ciò che evita possibili errori dovuti alla curvatura dei tubi; invece poi delle soluzioni-campione le quali finiscono per alterarsi col tempo, si compara il colore con quello di dischi di vetro leggendo direttamente il pH.

Un metodo ancor più rapido e semplice e, sebbene molto meno preciso, ancora utilizzabile nella pratica corrente, è quello dell'associazione in una unica soluzione di due indicatori dicromatici che per l'urina sono il rosso metile ed il bromotimol blu, che permettono l'apprezzamento del pH da 4,6 a 7,4.

Per la preparazione si sciolgono in un mortaio g. 0,125 di rosso metile e g. 0,4 di bromotimol blu in 19 cmc. di soda caustica N/20, portando poi a 1000 cmc. con acqua bidistillata bollita. Per un piccolo laboratorio è più conveniente preparare una quantità minore.

A 10 cmc. di urina (diluita a 1/5 se di P. S. superiore a 1010) si aggiungono 10 gocce del reattivo e si osserva per trasparenza su fondo bianco, comparando il colore con quello di una scala colorimetrica o di soluzioni-campione con il colore. Con questo reattivo, si ha il colore del rosso metile che va dal rosso al giallo con pH da 4,4 a 6,0 e poi quello del bromotimol blu che va dal giallo al blu con pH 6,0 a 7,6. In mancanza della scala colorimetrica o di soluzioni-campione, si possono usare le seguenti indicazioni che possono essere sufficienti nella pratica.

Colore ottenuto	pH	Grado di acidità
Rosso granatina	4,9	Iperacidità massima
Rosso gambero cotto . .	5,0	Iperacidità forte
Rosa-giallo	5,4	Iperacidità leggera
Giallo champagne . . .	5,8	Acidità normale
Verde acqua	6,2	
Verdi intermediarii fra il verde acqua e quello vegetale	6,6	Ipoacidità leggera
	7,0	Ipoacidità forte (neutra)
Verde vegetale	7,4	Ipoacidità molto accent. (alcalinità)

In tutte queste determinazioni sono necessarie certe cautele. È inutile p. es., fare la detta ricerca su urine vecchie ed alterate da fermentazioni batteriche; l'urina deve essere freschissima, meglio se raccolta sotto olio di vaselina. Se si vuole poi determinare il pH sulla urina di 24 ore è necessario aggiungere del toluolo per impedire le alterazioni. Negli stati patologici è conveniente usare l'urina del mattino nella quale il pH, nello stesso individuo, sarebbe abbastanza costante.

La temperatura dell'urina deve essere sui 18°-20°.

LE VARIAZIONI DEL PH URINARIO. LA FOSFATURIA.

La quantità di H+ joni dissociati, e quindi l'acidità attuale, ha notevole importanza per la fisiologia dell'urina. È essa, e non l'acidità totale, che ha influenza sulla filtrazione renale; sono soltanto gli H+ joni dissociati che hanno azione sul rene e provocano la formazione neutralizzatrice dell'ammoniaca. È soltanto l'acidità jonica che domina la solubilità di parecchi sali urinari; i cristalli di acido urico, di fatto, non si trovano che nelle urine acide, quelli di fosfato ammonio-magnesiaco in quelle alcaline.

Lo studio del pH ci fornisce anche la spiegazione di alcuni fenomeni che si osservano nelle urine. Vi sono urine biancastre e lattescenti all'emissione, altre che si intorbidano con l'ebollizione oppure a freddo per l'aggiunta di piccole quantità di sali solubili di calcio (cloruro, nitrato). Tutti questi intorbidamenti scompaiono con qualche goccia di acido acetico. Il medico parla in questi casi di fosfaturia, ma non è la quantità di acido fosforico totale eliminato che ha importanza nella determinazione del fenomeno, bensì le varie proporzioni in cui si trovano i diversi fosfati. È noto che l'acido fosforico è trivalente e può fissare 1, 2, 3 equivalenze di basi, dando quindi dei fosfati mono-, bi- o trimetallici. I metalli alcalini (sodio e potassio) danno soltanto fosfati solubili, mentre quelli alcalino-terrosi (calcio e magnesio) danno sempre fosfati insolubili, ad eccezione del fosfato monocalcico che è molto solubile.

Il fenomeno della precipitazione dei fosfati è quindi dominato da due fattori, il grado di saturazione dell'acido fosforico e la qualità della base.

Considerando anzitutto il primo di tali fattori e tenendo presente che il fosfato tricalcico non esiste primitivamente nelle urine, se ne deduce che la precipitazione dei fosfati dipenderà in prima linea dalla diversa proporzione dei fosfati mono- e bicalcico. Quando prevale il monocalcico, il pH si abbassa fino al limite estremo, non mai raggiunto in pratica, di 4,4. È questo il caso delle urine iperacide, limpide all'emissione, dell'alimentazione esageratamente carnea, come pure della febbre, del digiuno e dello strapazzo. Se invece prevale il fosfato bicalcico (insolubile), il pH si innalza fino al limite di circa 8 ed oltre (anch'esso non mai raggiunto) e le urine possono essere torbide all'emissione; il fenomeno si osserva nelle urine ipoacide degli erbivori, nell'alimentazione vegetariana, nelle cure alcaline. La zona di precipitazione incomincia quando il pH raggiunge 5.9 (in cui la proporzione fra fosfato mono- e bicalcico è $\frac{83,7}{16,3}$ e l'oltrepassa.

Ma anche la base ha notevole importanza per-

chè, se invece di essere legato al calcio, l'acido fosforico è combinato con il sodio o potassio, rimane sempre solubile anche quando si tratta di fosfato bimetallico.

Il pH medio dell'urina delle 24 ore in un individuo normale a regime misto si aggira sui 5,9 circa. Esso però varia a seconda dei diversi periodi della giornata, in cui possono aversi urine normali, ipo- od iperacide. E, se nella vescica, contenente un'urina, sia pure ipoacida, ma limpida perchè contenente fosfato bisodico o bipotassico, arrivano dei sali alcalino-terrosi (di magnesio o di calcio) si ha una doppia decomposizione con formazione di fosfato bicalcico (o bimagnesiaco) che precipita e quindi l'emissione di urina lattescente.

L'urina limpida appena emessa, ma che si intorbida a calcio è un'urina che contiene una quantità di fosfato bicalcico insufficiente per precipitare a freddo, ma in quantità tale da precipitare a caldo, come si osserva quando il pH è a circa 6. Trattasi di urine che costituiscono delle vere soluzioni-limite e che sono limpide o torbide a seconda della temperatura. La precipitazione che si osserva con l'aggiunta di piccole quantità di sali di calcio è pure dovuta alla doppia decomposizione con formazione di fosfato bicalcico insolubile.

L'emissione di urina lattescente si osserva talora durante il periodo della digestione, in cui nello stomaco si forma acido cloridrico a spese dei cloruri, dei quali rimangono libere le basi che determinano quindi la così detta ondata alcalina, cioè uno stato di ipoacidità notevole e transitoria dell'urina. In tali condizioni l'escrezione calcica che può verificarsi per qualsiasi causa determina per le ragioni anzidette la lattescenza dell'urina. La precipitazione che avviene nella vescica o nei reni può poi esporre al pericolo della formazione di calcoli; da ciò l'importanza di somministrare nei casi di urina con pH elevato una dieta adatta (diminuzione dei vegetali, aumento della carne) e degli acidi, dei quali secondo L. Lescoeur e P. L. Violle (1) il più adatto sarebbe l'acido benzoico, in cartine da cg. 25 (2-6 nelle 24 ore).

IL pH URINARIO E LE MALATTIE CUTANEE.

Se il pH urinario elevato può essere una condizione per la formazione di calcoli, il pH basso predispone ad altri gruppi di malattie, specialmente cutanee. Già W. Barber e C. Semon (2) avevano messo in evidenza l'acidosi dello stato seborroico dimostrando i miglioramenti che si hanno con l'alcalinizzazione delle urine. Essi avevano inoltre messo in evidenza che l'acidosi non è data nè dall'acido diacetico nè da quello betaossibutirrico, come accade per il diabete; l'acidosi poi non raggiunge mai il grado che ha nel diabete, pur esistendo una certa somiglianza fra le due condizioni.

F. Carminow Doble (1) ha studiato sistematicamente il pH urinario nelle malattie cutanee ed ha trovato che esso, in 500 casi di seborrea, eczema seborroico, acne, eczema vescicoloso delle palme è costantemente abbassato (4,8-5,8), mentre nell'eczema infantile, che è uno stato non seborroico, esso è normale, cioè, secondo tale A., a 6,4-6,8.

Particolarmente netta appare l'influenza dello stato di acidosi rivelato dal basso pH nell'eczema seborroico, in cui la somministrazione di alcalini eleva il pH e fa scomparire le lesioni, anche se queste duravano da anni. Si vede gradatamente cessare la secrezione, impallidire il rossore e ricomparire la cute normale, tutto questo con esclusione di qualsiasi trattamento locale. Occorre però non esagerare nella somministrazione di alcali e non fare raggiungere all'urina dei pH di 7,7 a 8 poichè altrimenti la lesione tende a ricomparire e le condizioni del paziente finiscono col peggiorare.

Meno evidente è invece l'azione degli alcalini in altre forme, come nella seborrea e nell'acne, in cui è indispensabile anche il trattamento locale. Un basso pH si riscontra anche nella foruncolosi e nella prurigine generalizzata. Quindi in tali casi può riuscire molto utile la somministrazione di alcali ma, specialmente per la prurigine, è necessario raggiungere dei pH elevati, fino a 7,5-8 prima di osservare dei miglioramenti.

La somministrazione di alcalini può farsi semplicemente con il bicarbonato di sodio. Doble ha trovato molto utile una modificazione della miscela consigliata da Langdow Brown nell'acidosi diabetica e prescrive tre volte al giorno, nell'intervallo fra i pasti: Bicarbonato di sodio g. 2; Bicarbonato di potassio g. 1,6; Citrato di potassio g. 1,5; Tint. di cardamomo composta cmc. 0,2; Acqua di menta q. b. per g. 30. La dose può essere aumentata o diminuita a seconda delle modificazioni presentate da pH.

IL pH IN ALTRE MALATTIE.

Ma anche per altre condizioni patologiche si è venuta affermando l'importanza del pH. Particolare attenzione si è venuta rivolgendo all'apparato urinario. Nella piuria, p. es., è indispensabile conoscere l'acidità attuale dell'urina, poichè è proprio ad essa che sono dovute le condizioni a.

(1) *La Presse médicale*, 15 aprile 1925.
(2) *Journ. Roy. Army med. Corps*, 1919, p. 244.

(1) *The Lancet*, 7 febbraio 1925.

sviluppo dei diversi microorganismi; troviamo così la fermentazione ammoniacale nei prostatici, mentre vediamo che l'urina dei colibacillurici è acida. Il progresso del trattamento è poi controllato dalla misura del pH e si vede che la piuria dei colibacillurici è migliorata con l'alcalinizzazione dell'urina. Utile è la misura del pH nelle litiasi; quelle fosfatiche esigono di fatto l'acidificazione delle urine, mentre in quelle uriche ed ossaliche tornerà utile l'alcalinizzazione. Anche per la somministrazione dell'urotropina è necessario conoscere l'acidità attuale delle urine, in quanto che essa non agisce che in ambiente acido.

La misura del pH può poi anche servire per la diagnosi di insufficienza renale. In questa, come in generale negli edematosi, si ha una notevole costanza del pH che non muta nei diversi momenti della giornata, sotto l'influenza dei cibi e delle bevande, della fatica, ecc. La somministrazione di acidi (30 gocce di acido fosforico o 20 di acido cloridrico medicinale, in un bicchiere di acqua al mattino a digiuno) non abbassa il pH e così quella di alcalini (4 g. di bicarbonato di sodio, preso come sopra) o di acqua (500 cmc. a digiuno) non lo innalzano, ciò che si verifica invece nei normali. La raccolta dell'urina va fatta prima dell'ingestione ed un'ora dopo; la determinazione si fa subito dopo l'emissione (raffreddare l'urina a 18°-20°!) e, se ciò non è possibile, si conserva l'urina sotto uno strato di olio di vaselina.

Fra le altre malattie in cui è stato determinato il comportamento del pH citiamo l'epilessia. Raffin (1) ha osservato nella crisi, fra le altre modificazioni dell'urina (aumento del volume orario, dell'ammoniaca e dell'urea) un abbassamento del pH che era dapprima assai elevato. L'accesso si presenterebbe quindi come una difesa contro l'alcalosi.

La questione del significato del pH è da ritenersi tuttora nello stato di studio. Resta ancora da vedere quale sia il valore normale che, come risulta anche dalle cifre sopra riportate, è diverso secondo gli autori; rimangono ancora da studiare le sue variazioni nelle diverse condizioni fisiologiche e patologiche. Esso poi non va considerato isolatamente nell'urina, ma va messo in rapporto con il pH del sangue e degli altri umori dell'organismo.

Senza esagerarne l'importanza, si può già però fin d'ora comprendere l'utilità di questa determinazione, facile e rapida con i metodi colorimetrici, che può aggiungere alle altre ricerche sull'urina un dato di incontestabile valore.

(1) *Soc. de Biologie e Tribune médicale*, lug. 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

RENE E VIE URINARIE.

L'albuminuria ortostatica nei suoi rapporti con la lordosi lombare e con la stasi renale. Nefropatie e albuminurie ortostatiche.

(C. CIPRIANI e R. MORACCHINI. *Minerva Medica*, n. 19, 1925).

L'albuminuria, anche di notevole quantità e accompagnata a cilindruria, che si riscontra in alcuni soggetti soltanto durante la stazione eretta, è considerata modernamente unicamente in dipendenza di fenomeni di stasi che si producono nel rene, dovuti alla compressione e stiramento della vena cava e delle vene renali per l'accentuarsi della lordosi lombare, che a sua volta riconosce come causa una debolezza dei muscoli della regione lombosacrale. Gli AA. hanno accuratamente studiato sei casi di tale affezione.

Si tratta quasi sempre di giovani deboli, pallidi, con i segni della diatesi essudativa e neuropatica associati a quelli dell'abito astenico. Appaiono frequentemente stati di abnorme labilità o vagale, o simpatica, o più spesso di tutto il sistema neurovegetativo. La diagnosi di albuminuria ortostatica riposa essenzialmente sulla scomparsa dell'albumina nel decubito orizzontale. Occorrono nelle indagini molte cautele (minzioni prima del riposo per evitare il mescolarsi delle urine, minzioni prima di abbandonare il letto, e sopratutto scrupolosa sorveglianza dei pazienti durante il periodo di osservazione). Talvolta l'albuminuria si presenta più accentuata nelle prime ore dopo il riposo (influenza della lordosi più risentita dapprima e poi compensata in parte?); in altri casi si è visto il fenomeno inverso (stanchezza del rene e dei muscoli lombosacrali?); e infine un aumento dell'albumina si è osservato dopo i pasti, in relazione forse a perturbato circolo renale durante la digestione. L'urina albuminurica in questi soggetti suole avere i caratteri dell'urina da stasi: scarsa, densa, scura, acida, con tracce di urobilina, urea alta, cloruri scarsi (quoziente di Koranyi aumentato), presenza del corpo acetico. In due ammalati gli AA. hanno praticato anche un esame che non consta sia stato praticato da altri, e cioè il confronto fra le condizioni del siero ad ammalato a letto, e ad ammalato alzato, ottenendo l'interessante risultato di constatare un notevole addensamento del siero dopo tre ore della posizione eretta, addensamento che manca nel riposo a letto. Questo fenomeno rivelerebbe un aumento di permeabilità perife-

rica, espressione di stasi circolatoria a livello dei capillari. Il confronto fatto colle prove di eliminazione dell'acqua, dell'urea e dei cloruri mostra che le deficienze dell'eliminazione nell'ortostatismo rispetto al clinostatismo non si debbono ascrivere senz'altro a deficenze cardiache, ma alla abnorme permeabilità delle pareti dei capillari e a un minore apporto di liquidi al rene da parte dell'apparato circolatorio. È stata costante, nei casi, la presenza di una lordosi lombare, il cui grado non è proporzionale all'intensità dell'albuminuria.

Le prove della correzione e della provocazione della lordosi, eseguite con molta accortezza, ne dimostrano l'importanza come causa diretta del sintomo albuminuria, anche se vi sono condizioni che lo favoriscono.

Mancano nelle albuminurie ortostatiche i segni delle nefriti: non aumento del volume del cuore, pressione arteriosa abituale normale, anzi tendenza all'ipotonia, espressione questa del tipo somatico-astenico, prove funzionali della integrità renale normali, valori delle albumine, dei cloruri, dell'azoto incoagulabile del siero nei limiti ordinari. Alle conseguenze dei fenomeni di abnorme permeabilità vasale extrarenale ed alla oliguria ortostatica sono probabilmente da ascriversi gli aumenti della costante di Ambard talora osservati nell'albuminuria ortostatica durante la stazione eretta.

Alcuni autori ammettono un'albuminuria ortostatica *funzionale* ed una *lesionale* nefritica o postnefritica, e sostengono che i limiti fra le due forme non siano netti. Tuttavia, anche dimostrate tali evenienze, per la estrema rarità del fatto clinico che la albuminuria ortostatica possa nascondere, o possa esser seguita da una nefrite, la generalità degli autori ritiene che non debba essere oscurato il giudizio prognostico completamente buono di queste forme, nè distolto il medico dal trattamento dell'albuminuria ortostatica come una sindrome di astenia, e non come un processo nefritico.

Il *trattamento* dell'albuminuria ortostatica si basa su di un regime di irrobustimento e di indurimento che, migliorando le condizioni di nutrizione di tutto l'organismo, aumenti la tonicità dei muscoli, dia alla colonna vertebrale la forma fisiologica, stabilisca una giusta armonia nelle funzioni del sistema nervoso vegetativo, porti il ricambio e la resistenza dei tessuti a condizioni normali. Sono consigliabili: la vita di campagna, l'uso moderato di tutti gli sports, l'alimentazione libera abbondante e sostanziosa. In base a principi teorici (diatesi demineralizzante), e più in base ad osservazioni cliniche, è stata consigliata la somministrazione di alte dosi di preparati di calcio, che portano spesso ad una diminuzione dell'albuminuria. Effetti simili furono constatati dopo l'iniezione di atropina e di adrenalina. Come terapia medicamentosa risponde meglio e ha azione più duratura una terapia simpaticotonica ricostituente (arsenico, ferro, stricnina) forse anche per i suoi effetti stimolanti della nutrizione in genere.

Nelle forme dubbie, pur attendendo con prudenza di porre la diagnosi, con funzionalità renale, cuore e pressione normali, una buona alimentazione variata e anche la ginnastica prudente non possono nuocere ed anzi giovano, migliorando la nutrizione, alla riparazione delle piccole lesioni anatomiche a focolaio, o delle alterazioni funzionali che sono alla base dell'albuminuria ortostatica postnefritica.

PICCINELLI.

Ipernefroma quale causa di un ematoma spontaneo nella regione renale.

(H. KUNZ. *Mitt. a. d. Grenzgebieten d. Med. u. Chir.*, vol. 38, f. 4).

Per ematoma spontaneo della regione renale si intende una raccolta ematica che può localizzarsi sia nella capsula adiposa che sotto o tra i foglietti della capsula fibrosa, e che si accompagna ad una sintomatologia imponente. La causa dello ematoma può essere un aneurisma dell'arteria renale o soprarenale, ma in molti casi non si riesce a stabilirne la causa; si parla allora di ematomi primitivi. Esistono numerose teorie che cercano di spiegare l'origine dell'ematoma con cause nervose o diatesiche, ma nessuna soddisfa.

La sintomatologia è rappresentata da dolori violenti nelle regioni lombari e all'addome, collasso, presenza di una tumefazione retroperitoneale, spesso coesistono meteorismo, difesa e iperestesia della parete addominale.

C'è l'indicazione urgente all'intervento che di solito consiste nel tamponamento, più raramente la nefrectomia, sia per la difficoltà di riconoscere la causa dell'ematoma che per le gravi condizioni del paziente. La mortalità è molto elevata; con l'intervento scende dal 100 al 40 %.

L'autore ha osservato un caso. Una donna di 58 a. dopo aver mangiato dei funghi è colta improvvisamente da violenti dolori addominali, vomito, stipsi. Cute e mucose anemiche; l'addome è meteorico, uniformemente dolente, poco trattabile; nel quadrante inf. sin. si palpa una tumefazione indistinta. Temp. 38.9. Nella notte i sintomi peritoneali si aggravano. Praticata una laparotomia d'urgenza si trova una tumefazione retroperitoneale che congloba il rene sin., dura. Punture esplora

tive ripetute danno risultato negativo. Chiusura della parete. Poche ore dopo la paz. muore.

All'autopsia venne rinvenuto un grosso ematoma della capsula adiposa del rene sin.; questo in un punto presentava una piccolissima zona rosso-bruna che all'esame istologico dimostrò la struttura di un ipernefroma.

L'autore crede che causa della morte sia quasi sempre una compressione dello splancnico che spiegherebbe il meteorismo e anche un ileo paralitico con conseguente peritonite.

VALDONI.

Il trattamento dell'uretrite acuta gonococcica.

(A. LAVENANT. *Le Journal médical français*, marzo 1926).

Di grande importanza, e purtroppo spesso trascurata, è l'*giene del blenorragico*. Se non è possibile osservare il riposo assoluto, questo dovrà essere almeno relativo, evitando ogni affaticamento fisico e morale. Il riposo sessuale non solo sarà assoluto, ma si dovrà altresì evitare ogni causa di eccitazione. Dal punto di vista alimentare, non si dovrà restringere il vitto normale, sopprimendone le bevande fermentate, i cibi drogati, i crostacei, la selvaggina e simili. L'A. autorizza una tazza di caffè al giorno. Localmente, si faranno grandi lavacri del glande e del prepuzio, avvolgendo poi la verga in cotone; il blenorragico porterà il sospensorio ed avrà cura di lavarsi bene le mani dopo ogni minzione per evitare ogni contagio oculare.

Come *trattamento profilattico*, il migliore è senza dubbio l'uso di preservativi. Vi sono in commercio molti dispositivi profilattici (al permanganato, all'albargina, ecc.). L'A. ritiene che in generale si debba ricorrere alle instillazioni piuttosto che ai lavaggi, pur facendo eccezione per le lavature dell'uretra con permanganato a 1/1000 nelle due ore susseguenti al coito, pratica resa obbligatoria nei distaccamenti americani durante la guerra e che avrebbe dato buoni risultati. E' da segnalarsi il pericolo di un trattamento preventivo mal regolato fatto da individui ansiosi che usando delle soluzioni troppo caustiche finiscono col provocarsi un'uretrite chimica.

TRATTAMENTI ABORTIVI. — Hanno probabilità di riuscita soltanto se praticati nelle prime 24 ore dopo la comparsa dello scolo. Ed ancora tale periodo non ha nulla di fisso perchè il tempo di incubazione può variare da 20 ore in un caso dell'A. fino a 8-10 giorni. Durante tale periodo possono intervenire diversi fattori, visibili e sconosciuti, che modificano le condizioni del terreno e rendono la guarigione possibile in un caso ed impossibile in un altro.

Il *nitrato d'argento* (soluzione di 1 a 5 per cento nell'uretra anteriore, da tenere per 1/4 d'ora; lavacro con soluzione a 0.50 % seguito da un altro a 2 % qualche ora dopo; instillazione della sol a 2 % seguito, dopo 12 ore da lavacro con permanganato a 1/1000) ha dato talvolta risultati buoni, ma provoca generalmente reazioni violente, uretrorragie, dolori, ritenzioni d'urina per cui non è consigliabile.

I grandi lavacri. Col permanganato di potassio, si consiglia di lavare l'uretra anteriore nei primi due giorni con la soluzione a 1/1000-1/4000 (secondo l'acuzie dei sintomi) a 12 ore di distanza, aumentando poi la concentrazione fino ad arrivare nell'ottavo giorno a 1/500. Tali dosi sono però irritanti per cui è meglio fare il lavacro (di entrambe le uretre secondo Guiard e Lebreton) con la soluzione a 1/10,000.

Usando l'argirol, si lava l'uretra anteriore con la soluzione a 2/1000 due volte al giorno, facendo seguire l'iniezione al 20 % da tenere per 10 minuti. Il malato dovrà urinare più tardi che sia possibile dopo l'iniezione. Il trattamento dura 5-6 giorni; i gonococchi devono scomparire dalle prime sedute.

Sali di argento organici. Protargolo tre iniezioni quotidiane a 2 %; per tre giorni e poi quotidiane per i giorni seguenti; provoca reazione, dà scolo abbondante che maschera gli effetti terapeutici. Argirolo; soluzione al 10 %: due iniezioni al giorno dopo accurata disinfezione del glande e del meato.

Gonacrina (diamino-fenil-acridina); soluzioni da 1/5000 a 1/1000; due lavacri quotidiani, non oltrepassando mai la seconda concentrazione. Diminuisce notevolmente lo scolo e dà talora la guarigione in 8-10 giorni; ha l'inconveniente di lasciare macchie persistenti.

Medicazioni uretrali. Procedimenti pericolosi ormai abbandonati.

Iniezioni endovenose di glucosio ed iniezioni uretrali. L'iniezione di glucosio (a 50/1000) provocherebbe una pullulazione intensa di gonococchi neoformati che sarebbero molto sensibili all'azione del protargolo. La guarigione si otterrebbe in 8-15 giorni. I risultati di Scholtz e Richter non sono stati confermati da altri.

Il trattamento abortivo rende necessario il controllo batteriologico quotidiano e certi insuccessi sono dovuti alla insufficienza di tale esame. La media delle guarigioni ottenute sarebbe del 30 %, a cui però l'A. dice di non essere mai giunto. Probabilmente i malati sono veduti troppo tardi per un vero trattamento abortivo.

TRATTAMENTO DELLA BLENORRAGIA CONFERMATA. — L'A. è favorevole ai grandi lavacri, i quali però possono non dare i risultati che ci si aspettano per errori di tecnica, come: soluzioni mal titolate, irritazioni chimiche da soluzioni troppo concentrate, intervalli fra le sedute troppo distanti, mancanza di riguardo per un canale irritato che si traumatizza con una pressione troppo forte, suscettibilità individuali e, specialmente la trascuratezza per l'esame batteriologico che dia indicazioni sulla flora dello scolo.

È importante, di fatto, mettere in rilievo che il gonococco non è tutto nella blenorragia e che non si devono trascurare i microbi secondari, che hanno importanza nella produzione delle complicazioni e nella stessa evoluzione della blenorragia. Sembra che la virulenza del gonococco si attenui dopo qualche giorno e si esalti invece quella di altri germi che gli si trovano vicini e finiscono per diventare sempre più numerosi. Non è possibile definire ora la parte di ciascuno di essi, ma si deve tener presente che i controlli batteriologici devono essere la guida preziosa delle modificazioni da fare al trattamento.

Per ottenere una guarigione rapida, oltre ai metodi ormai classici, si usano ora altri che sono sintomatici o sono basati sulla specificità del gonococco e dei germi associati.

1) *Trattamenti fisioterapici.* Fra questi è importante la diatermia che è basata sul principio di far traversare l'uretra (od un altro organo) da una corrente ad alta frequenza d'intensità sufficiente per distruggere i microbi patogeni ma innocua per i tessuti. Con tale metodo, non è il solo calore che agisce, ma invece il fatto che la diatermia mette in libertà la tossina gonococcica la quale esalta le difese naturali, provocando una polinucleosi abbondante che distrugge i microbi detossicati. Roucayrol usa il metodo nelle uretriti acute, senza alcun lavacro, in sedute di 25 minuti a 45° da ripetersi ogni 12 ore fino a scomparsa dei polinucleari giovani. Si avrebbe l'85 % di guarigioni in 48 ore e, negli altri casi, in 8-10 giorni. Altri sperimentatori hanno avuto risultati meno buoni ed incidenti quali cistalgia, ematuria ma non negano di aver avuto dei successi. Il metodo è tuttora poco generalizzato, costoso.

Un altro modo di cura è la ionizzazione di sali argentici. Phélip usa un'asta metallica, isolata, terminata da un'oliva di calibro 13 (anche se l'uretra è larga) innestata al polo negativo. Dopo lavacro dell'uretra anteriore con acqua bollita, si fa l'anestesia della mucosa uretrale e si introducono 10 cmc. di soluzione di permanganato d'argento a 1 % o, in caso d'infiammazione intensa, di protargolo a 3 %. Con la pressione delle dita si impedisce la fuoriuscita del liquido, si introduce l'ionizzatore e si fa passare la corrente a 30 volt e 2-3 milliampère, mantenendo il massimo di corrente per cinque minuti. Quando si usa il protargolo, la comparsa di schiuma al meato indica l'amperaggio sufficiente. Nelle ore seguenti, si ha aumento di scolo e leggero dolore. La sera si fa un lavacro antisettico. Il trattamento si ripete il secondo e terzo giorno. Se nei giorni seguenti, ricompaiono i gonococchi, si fanno ancora 1-2 sedute di ionizzazione, terminata da un'uretroscopia di controllo per trattare le ghiandole che fossero ancora infiammate.

Costituiscono delle controindicazioni la prostatite, l'epididimite e l'uretrite acuta innestatasi sopra una cronica; nonchè la durata dell'affezione che non deve essere superiore ai 10 giorni. Il trattamento sembra seducente ed avrebbe dato a Phélip il 100 % di guarigioni, ma non sarebbe privo di incidenti, quali sensazioni di bruciore vivo, talora uretrorragie; ma tali incidenti, dice l'A., sono stati osservati dagli italiani che usavano correnti fino a 25 milliampère.

Buoni risultati si otterrebbero con l'associazione dei sali biliari (taurocolato) e dell'argento colloidale oppure anche con l'uso di candelette contenenti sali organici di argento e bromuro di radio (1 microgramma). Si ha con quest'ultimo sistema una reazione forte dovuta, sembra, ai sali d'argento.

Fra i trattamenti specifici, l'A. cita i diversi sieri ed i vaccini.

Altri trattamenti preconizzati sono: Il lipovaccino piocianico, la pioterapia (uso dei gonococchi e dell'essudato provocato senza l'intermedio della coltura artificiale); la proteinoterapia, che darebbe però reazioni troppo violente; la vaccinazione locale, che non ha dato buoni risultati; l'autosiero- ed autoemoterapia, usata con le iniezioni endovenose di manganese colloidale che avrebbe dato guarigioni dopo sole cinque punture; la micobatterioterapia (iniezioni ogni cinque giorni di 1-2 cmc. di vaccino ottenuto da colture di lievito di birra sterilizzate a 100°; 1 miliardo di germi per cmc.), si sarebbe osservata guarigione dopo 15 giorni. È inoltre da citarsi la chemioterapia endovenosa mediante la gonacrina (5 cmc. di una soluzione a 1/50 ogni due giorni fino a guarigione); sono necessarie 15 iniezioni per i casi recenti e 20-25 per le forme più antiche, senza trattamento locale. L'eliminazione del colorante si fa in 48 ore. Inconvenienti: leggero impastamento infiammatorio se il liquido va nei tessuti; « shock » lievissimo che dura meno di un minuto; fotosensibilizzazione dell'individuo che può presentare in primavera dei « colpi di luce » evitabili con l'uso di resorcina (25 cg.).

Sembra dunque, in complesso, che nessuno dei metodi preconizzati dia dei vantaggi di gran lunga superiori ai metodi comuni; la diatermia e la

ionizzazione sono forse gli unici che indicano una via nuova, ma hanno però l'inconveniente di esigere uno strumentario speciale. Una voga sempre maggiore sembra averla la gonacrina per via endovenosa che certamente abbrevia la durata dello scolo ed è esente da pericoli seri.

Poco ha risposto alle speranze la terapia specifica, per la quale i risultati che alcuni autori hanno ottenuto sono forse da attribuirsi ai fenomeni di « shock ».

Discutibili sono anche i risultati della vaccinoterapia, forse dovuti al modo di preparazione dei vaccini stessi.

Rimangono quindi ancora i metodi classici di cura, che hanno fatto le loro prove. In certe circostanze sociali, ci si dovrà accontentare di una terapia aspettante, prescrivendo dei balsamici e delle iniezioni. Ma nessun trattamento, afferma l'A., dà risultati tanto buoni e sicuri quanto quello dei grandi lavacri che l'A. consiglia incondizionatamente. Esso può essere modificato in alcuni particolari, eventualmente variando gli antisettici da usarsi ed aggiungendovi forse anche le iniezioni endovenose di gonacrina, ma rimane pure sempre il migliore, potendosi per ora contare soltanto sulla cura locale.

FILIPPINI

CENNI BIBLIOGRAFICI.

Atti della Società Italiana di Urologia. IV Congresso. Un vol. in-4° di 243 pag. L. Pozzi, ed., Roma, 1926. Prezzo L. 60.

Sono qui riuniti gli Atti del Congresso tenutosi in Roma il 29-30 ottobre 1925. Vi troviamo dapprima le relazioni sui temi ufficiali e cioè quella del dott. E. Mingazzini sulle Pielonefriti (escluse le calcolose e le tubercolose) e quella del dottor C. Colombino, sulla Pielonefrite in gravidanza ed in rapporto ad affezioni ginecologiche. Seguono — dopo la discussione sui detti temi — le comunicazioni ad essi attinenti e poi quelle riguardanti la patologia dei reni (ricordiamo fra queste i lavori di R. Alessandri sulla diagnosi precoce dei tumori renali e di G. Wiget sulla pielografia nei tumori renali) degli ureteri e della prostata. Da ultimo troviamo argomenti vari, quali l'anestesia epidurale in chirurgia urinaria, il valore emostatico del cloruro di calcio nella prostatectomia, ecc.

Numerose radiografie (oltre a diagrammi) tutte su bella carta patinata ed ottimamente riuscite accompagnano il testo.

L'accurata e precisa redazione di questi Atti è stata fatta dal dott. E. Mingazzini, segretario della Società Italiana di Urologia.

La lettura del volume interessa non solo gli urologi di professione, ma anche il pratico che esercita la medicina generale, specialmente per l'ampia trattazione delle pielonefriti, argomento che è di grande importanza nell'esercizio giornaliero.

fil.

DALSACE R. *Le bactériophage de d'Hérelle; ses applications en thérapeutique urinaire*. Un vol. in-8°. La Sémaine dentaire, éd. Parigi, 1925.

La prima parte del lavoro di Dalsace riassume efficacemente le attuali conoscenze sul batteriofago, mentre nella seconda parte, l'A. studia la azione terapeutica del batteriofago in patologia urinaria secondo le osservazioni recenti, di cui 30 inedite.

Questa terapia può essere utile nelle infezioni urinarie semplici, da coli o da stafilococco, purchè siano assenti gli ostacoli meccanici al deflusso dell'urina ed i corpi estranei. Guida indispensabile per la riuscita è la prova di lisi microbica *in vitro;* se essa è assente è inutile tentare la cura, se invece è presente, si può sperare in una guarigione completa od in un miglioramento funzionale considerevole. Le infezioni da stafilococchi guariscono meglio che quelle da coli, le forme acute meglio che le croniche, i malati anziani meglio che i giovani. La somministrazione si fa per iniezioni, per bocca e per instillazioni vescicali.

Il lavoro dell'A. è stato compiuto nella Clinica di Marion e rappresenta un felice connubio del laboratorio con la clinica.

fil.

LA FUR R. *L'Urologie en clientèle; technique et pratique courante*. Un vol. in-8° di 580 pag. con numerose figure. N. Maloine, ed. Parigi, 1926.

In un primo capitolo, l'A. descrive l'istrumentario, conoscenza necessaria per chi si inizia allo studio di questa branca dell'attività medica.

Tratta nel secondo capitolo le tecniche di esplorazione dell'apparato urinario e nel terzo la pratica urologica, fatta eccezione della parte chirurgica: sondaggi, lavature, instillazioni, medicazioni uretrali, massaggi prostatici, metodi elettroterapici, vaccino- e sieroterapia, anestesia in urologia ed anche il cateterismo dei dotti ejaculatori e la cura dell'impotenza con le correnti ad alta frequenza. Largamente svolta è la cura della blenorragia.

Il volume, che fa parte della Collezione « Comment guérir », è destinato essenzialmente ai pratici, ma sarà consultato utilmente anche dagli specialisti, che vi troveranno molti particolari interessanti.

fil

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le emorragie nelle nefriti.

P. Pozzilli (*Rivista ospedaliera*, fasc. 5, 1926) ha riunito in uno studio di patologia e di clinica le differenti sindromi emorragiche che possono osservarsi nel corso delle nefriti. La rassegna è il riassunto delle due ultime lezioni del corso tenuto dal prof. Pozzilli nell'anno accademico 1925-26.

Le nefriti possono dar luogo ad emorragie con localizzazione variabile; alcune acquistano quasi il valore di un sintomo come le epistassi e le ematurie; altre costituiscono delle complicazioni gravi, in ragione della loro abbondanza, localizzazione, molteplicità e ripetizione (emorragie retiniche, meningee, cerebrali, porpora emorragica).

La patogenesi di queste emorragie è ancora oscura; trattasi veramente di uno stato emofiliaco legato alle nefriti? Sì, se si considera la frequenza dei disturbi della coagulazione del sangue nelle nefriti con emorragie. Questi disturbi consistenti sopratutto in un ritardo della coagulazione e in un tipo plasmatico di essa, sembrano spiegare i fatti emorragici profusi incoercibili da emostatici usuali, ma favorevolmente influenzati dalle iniezioni di siero fresco.

L'A. insiste sul concetto clinico sintetico, nel quale rientra anche la questione delle sindromi emorragiche: *nelle nefriti il rene è l'esponente di uno stato morboso di tutto l'organismo;* e conclude che il rene ha per sè tendenza a guarire, a riprodursi nelle sue parti alterate, come Golgi ha dimostrato fin dal 1884; e al fatalismo tradizionale, che voleva condannato infallibilmente ogni nefritico, deve succedere la fede nella possibilità della guarigione, che la clinica quotidianamente consacra.

A. S.

Per la diagnosi dei calcoli renali.

Da uno studio di B. H. Nichols (*Journ. am. med. assoc.*, v. 85, n. 24) risulta che il sintoma più frequente del calcolo renale è il dolore che si trova nell'86 % dei casi. Esso è di due tipi, sordo, continuo oppure a forma di colica. Vi può essere la storia di un dolore che dura da lungo tempo, con alternative di esacerbazioni e miglioramenti. Quando il dolore è accompagnato da piuria, ematuria o pollachiuria è da sospettarsi la presenza di un calcolo renale.

Nella colica si ha l'inizio improvviso e la frequente necessità di oppiacei. Se essa è accompagnata da sangue o pus rivelabili al microscopio, dalla presenza di ossalato di calcio o di acido urico nell'urina, meglio se vi sono stati nella storia antecedente altri attacchi del genere, si deve pensare al calcolo renale.

La piuria si trova nel 77 % dei casi; si può anzi dire che la presenza di pus nell'urina, quando non vi sia infezione della vescica o dell'uretra, deve far pensare alla possibilità di un calcolo renale.

L'ematuria fu trovata nel 44 % e, specialmente se accompagnata da piuria e da dolore, è da considerarsi come fortemente sospetta.

Sintomi di minore importanza sono la pollachiuria (30 %), la nausea ed il vomito (26.5 %), la febbre (14 %), i brividi (9 17 %.

I calcoli renali sono più frequenti negli uomini (63.4 %); sono talora associati con idronefrosi (25 per cento).

Di grande sussidio diagnostico sono la radiografia e, specialmente la pielografia. Per quanto riguarda la visibilità dei calcoli ai raggi X, l'A. ha trovato che in ordine di crescente opacità i calcoli sono da classificarsi come segue. Acido urico ed urea (pochissimo opachi), fosfato d'ammonio, fosfato di magnesio, carbonato di calcio, ossalato di calcio, fosfato di calcio. Non sono state studiate la cistina e la xantina che d'altra parte sono rarissime.

fil.

Alcuni agenti diuretici.

Ph. Pagniez (*La Presse médicale*, n. 14, 1926) rileva che l'urea da lungo tempo è conosciuta quale uno dei più potenti diuretici, ma tale felice azione è stata raramente utilizzata in terapia: pur tuttavia è un fatto ben stabilito che l'introduzione nel soggetto umano dell'urea non porta ad inconvenienti. È perciò che Crawford e Mc. Intosh riprendendo la questione hanno utilizzato l'urea come diuretico in casi di cardiopatie scompensate che male abbiano risposto ai metodi usuali. I malati trattati furono otto-sei mitralici, un aortico, un gozzo esoftalmico — tutti con fibrillazione auricolare. Ad essi fu somministrata per os l'urea nella dose di 30 grammi al giorno, talora spinta fino ai 45-60 gr. Tali dosi, somministrate a 15 grammi per presa, dopo il pasto, sono state in genere ben tollerate.

L'effetto prodotto dall'ingestione dell'urea è stato rapido ed efficace: esso compare tre ore dopo, la diuresi si prolunga finchè dura la somministrazione dell'urea ed anche 24 ore dopo. Contemporaneamente si ha perdita del peso che può raggiungere molti kg.: edemi e siero transudati scompaiono. Nelle urine oltre l'urea aumentano i cloruri: non albumina, non cilindri. L'urea san-

guigna aumenta secondo la dose somministrata. L'ingestione di così forti dosi di urea non produce che sete, ma se la somministrazione è fatta prima del pasto, si ha vomito; nelle somministrazioni prolungate si può notare perdita di appetito, nausea, stanchezza, che possono scomparire subito interrompendo la cura.

L'urea può, dunque rendere buoni servigi in malati con ritenzione acquosa.

Al novasurol, composto mercurico e di malonilurea, sono sempre più attribuite proprietà diuretiche. Il novasurol sembra riuscire laddove la digitale ed i derivati come la teobromina hanno fallito. E usato per via sottocutanea, intramuscolare, intravenosa: la dose utile è di 1-2 cmc. Ma i risultati non sono sempre costanti. Il novasurol sarebbe anche utile in certi casi di edemi di origine renale.

Più discussa è l'utilità del novasurol nel trattamento dell'ascite di origine epatica: per Brunn e Harsencamp non produrrebbe diuresi, per Mühling con azione tossica sul fegato, farebbe accentuare l'ittero. Per Rowntree, Barrier, Keith, il novasurol darebbe risultati sorprendenti: il più spesso però il medicamento era usato in unione con il regime ipoclorurato e la diminuzione delle bevande. Diuresi e diminuzione cospicua del peso sono state osservate in casi di cirrosi del fegato, di malattia del Banti, di cirrosi sifilitica, ecc. L'effetto prodotto in tutte queste asciti è variabile per la durata: la riproduzione, si capisce, è in rapporto con la malattia causale. Nella maggior parte dei casi, con la scomparsa dell'ascite coincideva un miglioramento dello stato generale e locale.

Ma tali risultati sono ancora troppo recenti perchè in base ad essi si possa emettere un giudizio definitivo: riguardo al meccanismo è difficile la interpretazione: l'azione del novasurol sembra essere dipendente dalle variazioni fisico chimiche dei colloidi cellulari che sono al primo posto nella produzione dell'ascite e degli edemi. Il novasurol, essendo un composto mercuriale, può essere considerato quale diuretico idrargirico, di tipo cioè già conosciuto, in quanto fin dall'inizio del XIX secolo era nota l'azione diuretica del mercurio. Ripresa la questione, fu ben notata l'azione diuretica del cianuro di mercurio, ma dei differenti mercuriali, il novasurol sembra essere il più attivo: Saxl e Heiling in uno studio comparativo, affermano che solo il salicilato di mercurio può qualche volta aver un'azione diuretica paragonabile a quella del novasurol. In questo l'unione dell'ureico derivato, favorisce l'azione diuretica del mercurio.

MONTELEONE.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La ritenzione ortostatica dell'acqua.

Dalle ricerche di Seyderhelm e E. Goldberg (*Deut. med. Wochens.* 30 luglio 1926) risulta che il solo cambiamento della posizione del corpo, il passaggio da quella supina a quella eretta provoca un forte abbassamento dell'eliminazione renale (ed anche di quella extrarenale) dell'acqua, in rapporti a un dipresso uguali nel senso che la percentuale dell'acqua eliminata per via extrarenale all'eliminazione totale rimane uguale in entrambe le posizioni. Corrispondentemente si ha quindi nella posizione eretta una ritenzione di acqua, ritenzione che si ha ragione di credere sia nei tessuti.

La causa di tale ritenzione va ricercata nei cambiamenti del tono muscolare, in quanto che il muscolo che si trova in stato di elevazione del tono possiede una maggiore capacità di arricchirsi di acqua, in confronto di quello che si trova in riposo. Devono entrare anche in azione dei processi nervosi con le relative conseguenze riflesse, analogamente alle modificazioni che si osservano nello stato del diaframma e nelle condizioni del polso e del respiro.

Le osservazioni degli AA. hanno particolare importanza per le cure idropiniche. Negli stabilimenti dove si bevono le acque si ha l'abitudine di ingerire per 3 volte al giorno 400 cmc. di acqua minerale, in totale quindi 1000-1200 cmc. di liquido.

Non tutti gli individui possono sopportare tale cura. Prima di intraprenderla sarebbe quindi opportuno studiare il ricambio dell'acqua e, negli individui in cui nelle 4 ore si ha una ritenzione ortostatica di oltre 500-600 cmc. di acqua, si dovrà andare molto cauti nelle indicazioni di dette cure. Non raro di fatto il caso di individui che, in seguito alle cure idropiniche, hanno disturbi subbiettivi di diversa specie, rapida perdita di peso, malessere generale, ciò che dimostra un abnorme ricambio dell'acqua da riferirsi a lesioni epatiche o renali o ad insufficienza del circolo.

Sarebbe anche indicata un'altra prova da farsi con l'acqua pura in posizione supina e con una soluzione di sale a 0.6 %, in posizione eretta, in modo da essere garantiti che la cura minerale non è controindicata. Questa prova è specialmente indicata per i convalescenti di malattie infettive e per quelli che hanno avuto condizioni infiammatorie al fegato od agli organi genitali.

fil.

La ritenzione di acido urico.

L'acido urico ha costituito sempre un argomento di attualità, e i progressi dell'analisi bio-

chimica permettono ormai di determinare con relativa facilità la quantità che ne circola nel sangue.

La teoria oggi dominante è che l'acido urico, come viene prodotto nell'organismo, così è parimenti nell'organismo soggetto alla distruzione e all'eliminazione.

La ritenzione d'acido urico nel sangue non è in rapporto con alterazioni renali. Nel digiuno la quantità di acido urico eliminata diminuisce notevolmente, e tale ritenzione ha la sua base tanto nel rene che nei vari tessuti del corpo.

Secondo Lennox (*Journal A. M. A.*, 8 maggio 1926), in tali condizioni sarebbero alterate le seguenti funzioni:

1). l'equilibrio degli elettroliti;

2) i rapporti acido-base dei tessuti organici, tra cui il rene e il sangue;

3) l'ossidazione del grasso e l'utilizzazione del glucosio.

Tutti e tre tali fattori sono tra loro collegati, ma il meccanismo con cui la ritenzione si produce non è ancora ben chiaro, e richiede ulteriori studi.

In ogni modo, dal punto di vista pratico, ha importanza il fatto che l'ingestione di cibo facilita l'escrezione dell'acido urico. Le proteine e gl'idrati di carbonio hanno in tal senso più valore dei grassi. Dal punto di vista della gotta, le osservazioni di Lennox portano a ritenere che la sovralimentazione dei grassi piuttosto che di proteine ha il suo valore etiologico, nel senso che la terapia dovrà essere basata sopra un'alimentazione a basso contenuto di grassi.

M. FABERI.

VARIA.

La psicologia degli affamati.

Il dott. Frank di Charkow, che fu direttore di un grande ospedale al tempo della terribile carestia che afflisse dopo la guerra le regioni meridionali dell' Ucraina, descrive le funeste conseguenze della fame sull'organismo e sulla mente. Le osservazioni al riguardo sono state pubblicate su un settimanale russo.

La fame si manifestò in Ucraina inaspettatamente e colpì contemporaneamente milioni d'individui. Si calcola che le epidemie e la fame uccisero dal 10 al 12 per cento della popolazione. Alcuni grossi villaggi rimasero addirittura spopolati ed alcune città, come Cherson, perdettero la maggioranza degli abitanti. La fame fu più grave in alcuni distretti dove la guerra, la rivoluzione e la guerra civile avevano devastata la campagna.

Gli effetti sulle condizioni spirituali della popolazione furono impressionantissimi. Frank notò uno stato di eccitazione ed uno di depressione, che si presentavano con caratteristiche particolari a seconda della costituzione individuale e della condizione sociale degli affamati. Di solito precedeva lo stato di eccitamento psichico e motorio in qualche modo analogo a quello dell'alcoolismo acuto. Il corpo come lo spirito si trovavano in una condizione di piacevole agitazione nell'attesa di ricevere un qualsiasi alimento, e durante questo periodo l'individuo si sentiva capace di grandi sforzi. Quest'euforia era accompagnata da grande loquacità e facile entusiasmo. Ma continuando la fame, succedeva una profonda depressione psichica e somatica e a lungo andare gli affamati diventavano idioti e bestiali, e guidati da un istinto inconsapevole emigravano a frotte. Le strade, le linee ferroviarie erano ingombre da vere masse di questi infelici, che camminavano senza sapere perchè si muovevano e dove erano diretti. Molti che passavano le notti sulle linee ferroviarie furono investiti dai treni.

Ogni sentimento morale e religioso era annullato, era scomparsa perfino ogni traccia di superstizione. Non esisteva più nessun vincolo familiare o sociale. Dominava il più bestiale egoismo, un'assoluta indifferenza per le miserrime condizioni ed anche per la vita dei congiunti più cari, per i vecchi e per i bambini, per i genitori e per i figli. Ogni sentimento umano naufragava nella soverchiante, tremenda sensazione della fame. Una donna, che superò il terribile periodo, ebbe a dire: « Io ero dominata sempre da un'orribile tentazione, quella di mangiare le carni del mio bambino ». Un uomo fu trovato disteso sul corpo del fratello maggiore, che aveva ucciso: aveva ancora in una mano il coltello e nell'altra un pezzo di carne sanguinante asportato dal corpo del fratello. I bambini erano rubati per essere uccisi e mangiati.

Questa forma di cannibalismo era più diffusa fra le donne; e, quel che è più grave, le madri mangiavano i loro figli.

La fame produceva uno sconvolgimento generale della personalità morale, e l'istinto della conservazione si metteva allo scoperto nella sua forma più prepotente e più primitivamente bestiale. Parecchie donne, che avevano mangiato le carni del loro bambino, dissero al dott. Frank: « Essi erano destinati a morire, e mangiandoli noi abbiamo salvato la nostra vita ».

Gli affamati ricoverati e inviati agli Ospedali della Croce Rossa, migliorarono nelle condizioni organiche, ma non tutti riacquistarono l'equilibrio psichico, e parecchi dovettero essere ricoverati in manicomio.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXII. — Rimedi giuridici contro provvedimenti per aumenti di stipendio.

L'art. 26 del T. U. della legge sanitaria attribuiva alla G. P. A., in sede di tutela, il potere di aumentare a congrua misura la retribuzione dei medici condotti, tenuto conto delle condizioni finanziarie del Comune o Consorzio, dell'importanza dell'opera richiesta al medico e di tutte le altre fonti di reddito professionale. Contro queste deliberazioni era ammesso ricorso da parte dei Comuni al Consiglio Superiore di Sanità.

Ma l'art. 26 del T. U. è stato abrogato dall'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, il quale ha ad esso sostituita la nota disposizione concernente la determinazione degli stipendi minimi. È, quindi, venuta meno la competenza del Consiglio Superiore di Sanità, la quale era limitata ai ricorsi dei Comuni contro gli aumenti deliberati dalla G. P. A. a norma del citato art. 26 ora abrogato.

Per queste ragioni la V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 4 giugno 1926, n. 188, ha annullato una decisione del Consiglio Superiore di Sanità concernente l'aumento di stipendio a favore di un medico condotto emessa dal Consiglio Superiore di Sanità quando il R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, era entrato in vigore, essendo stato pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 15 gennaio 1924.

Qui è interessante rilevare che il giudizio innanzi al Consiglio Superiore di Sanità era stato incardinato prima che entrasse in vigore il decreto 30 dicembre 1923; sopravvenuto questo è cessata la competenza del Consiglio Superiore, questo non potendo più giudicare.

Importa altresì rilevare che, in occasione di questa controversia, il Consiglio di Stato ha soggiunto che contro le deliberazioni della G. P. A. concernenti la misura degli stipendi dei medici condotti (e degli ufficiali sanitari) è ammesso ricorso in sede gerarchica al Governo del Re come per tutte le deliberazioni della G. P. A. in sede di tutela. Ciò diciamo perchè si era dubitato della ammissibilità del ricorso gerarchico contro i provvedimenti della G. P. A. concernenti la determinazione degli stipendi minimi a norma dell'art. 34 del decreto 30 dicembre 1923. Si era osservato che, trattandosi di un potere discrezionale, attribuito dalla legge direttamente alla G. P. A. non fosse ammissibile reclamo gerarchico. Il Consiglio di Stato risolve la quistione, per quanto non esplicitamente, nel senso dell'ammessibilità del ricorso, trattandosi di un provvedimento emanato dalla G. P. A. quale organo di tutela. Questa risoluzione sembra a noi giuridicamente corretta. E, infatti, abbiamo sempre consigliato il ricorso gerarchico nei casi in cui la determinazione degli stipendi minimi non è apparsa conforme allo spirito della legge e alle finalità di essa.

LXIII. — Dimissione volontaria per abbandono del servizio.

L'abbandono del servizio che può legittimare la dichiarazione di dimissione deve essere volontario, non coatto, non motivato cioè da giusta causa, essendo principio generale, ispirato da evidenti ragioni di equità e di giustizia, che non è lecito nella pubblica amministrazione dichiarare decaduto un impiegato il quale presenti un attestato medico della sua infermità che gli impedisce di riprendere il servizio, se non dimostrando la falsità sostanziale dell'attestato medesimo.

Questo criterio fu applicato altre volte dal Consiglio di Stato. La IV Sezione, confermandolo con decisione 14 maggio 1926, n. 254, lo ha esposto con molta chiarezza e precisione. Bisogna però guardarsi dagli eccessi pratici: se, per es., l'impiegato non riprende servizio e presenta un attestato medico ma risulta positivamente all'amministrazione che egli frattanto presta servizio presso altro Comune, questo fatto infirma sostanzialmente la efficacia dell'attestato, salvi i casi in cui si possa dimostrare che il servizio prestato è per la sua entità compatibile con lo stato di malattia e questo è tale invece da non rendere possibile senza pregiudizio il servizio più oneroso che si dovrebbe prestare in forza dell'impiego. Insomma, il principio generale è quello sopra esposto e, in linea di massima, accolto concordemente dalla giurisprudenza; le applicazioni pratiche, però, devono essere coordinate ai casi speciali.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACUTO (*Roma*). — Al 40° giorno dal 25 ott., ore 18; L. 9500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 4 oltre i 1000 pov., L. 5 oltre i 2000; per uff. san. L. 400. Ab. 3176, di cui 400 sparsi, 700 iscritti. Chiedere annunzio.

CASTIGLION FIORENTINO (*Arezzo*). — Scad. 16 nov.; med. cond. nella sezione di Valle di Chio; stip. L. 9000, con 4 aumenti quadrienn.; provvisorie indennità di c.-v.; ind. cav.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff., sanitario pel comune di Paola, L. 7000 e 5 quadrienni decimo, prorogato a tutto il 20 dic.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stab. Riuniti.* — Aiuto chirurgo; L. 7050 e c.-v., oltre L. 1200 indenn. serv.; età mass. 35 a., laurea da almeno 4 a., di cui due di esercizio lodevole presso pubblico Ente; scad. ore 16 del 13 nov.; tassa L. 50; serv. entro 15 gg.; nom. e conferma biennali. Chiedere ann.

GENOVA. *Spedali Civili.* — Scad. 5 nov.; vedi fasc. 42.

IMOLA (*Bologna*). — Scad. 20 nov.; uff. san.; vedi fasc. 42.

LUGO (*Ravenna*). *Ospedale Umberto I.* — Direttore dei Gabinetti di Radiologia, Elettroiatria e Terapia fisica (donazione Zucchini); L. 10,000; cointeressenza 40 % incassi; scad. 15 nov. Chiedere bando di concorso alla Congregazione di Carità.

MILANO. *Pio Istituto di S.ta Corona.* — Sono vacanti tre posti Vedi fasc. 43.

PELLEZZANO (*Salerno*). — Stip. lordo L. 6500, più L. 3000 obbl. vettura. Aum. decimo 4 quadr. Scad. 3 nov.

REGGIO CALABRIA. *Istituto Diagnostico dell'Associazione Naz. per gli Interessi del Mezzogiorno.* — Medico radiologo; titoli; anno di prova; stip. L. 10.000; percentuali 30 % entrate lorde, oltre eventuali entrate. Chiedere schiarimenti Direttore Istituto.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

ROSORA (*Ancona*). — Scad. 10 nov.; L. 9000 e L. 2000 trasp., L. 500 uff. san.; alloggio dietro fitto L. 400 annue.

VERONA. — Medico aggiunto e scolastico; lire 14,850 e scatti quadriennali fino a L. 17,000, oltre L. 3500 serv. att.; c.-v. Scad. ore 16 del 15 nov. Rivolgersi Ufficio Protocollo Municipale. Età lim. 35 a. Pratica ospedaliera e d'igiene pubbl. Serv. entro 15 gg. Chiedere ann.

VILLAVALLELONGA (*Aquila*). — Proroga al 31 ott.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Al capitano medico dott. Giuseppe Perricone, assistente militare presso la Clinica chirurgica di Palermo, è conferita la medaglia d'argento al merito polacco.

A dirigere la Clinica urologica recentemente istituita a Bruxelles è stato chiamato il prof. de Smeth.

Il dott. M. Torino è stato nominato presidente dell'Accademia Nazionale di Medicina di Buenos Aires.

Il dott. J. J. Chandler è nominato ispettore dei dispensarî e ambulatorî per tubercolotici di New York.

Il prof. H. Cabot, clinico chirurgo dell'Università di Michigan, è stato nominato « studente medico onorario perpetuo » del Collegio Medico di San Bartolomeo » a Londra, un onore che prima era stato conferito solo un'altra volta, al prof. H. Cushing.

L'Università Harvard di Boston ha conferito la laurea *ad honorem* in scienze al prof. W. L. Richardson, già decano della Facoltà di Medicina, e alla dott.sa A. Hamilton, professore assistente di medicina industriale.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso internazionale contro il cancro.

È stato tenuto a Mohonk (S. U. A.) dal 20 al 24 settembre u. s., con il concorso di numerosi specialisti americani ed europei, fra questi il prof. Raffaele Bastianelli di Roma.

Il programma consisteva di 27 relazioni, ognuna delle quali riguardava un lato del problema. Vivaci furono le discussioni sui singoli temi, ma unanime fu il consenso sulle direttive generali della lotta.

Il Congresso decise poi di fondare una Federazione internazionale (la quale terrà altre riunioni come quella di Mohonk) e di pubblicare, in almeno tre lingue, gli indici ed i sunti di tutti i lavori che si pubblicano nel mondo sul cancro. Esso stabilì poi i principî che debbono guidare la campagna anticancerosa.

Al banchetto, a cui presero parte 250 medici, sir John Bland-Sutton affermò che il Congresso di Mohnok era destinato a segnare una tappa nella storia della medicina.

Daremo in altra parte del giornale le principali conclusioni a cui è addivenuto il Congresso.

Scuola di odontoiatria e protesi dentale alla R. Università di Milano.

Offre una clinica completa per l'insegnamento di tutte le discipline teorico-pratiche della specialità odontoiatrica.

Vi si tengono due Corsi: l'uno annuale di perfezionamento, l'altro biennale per il conseguimento del diploma di specialista; essi si iniziano al 1° dicembre. Per l'ammissione occorre, oltre all'atto di nascita ed il certificato di laurea, quello dei punti ottenuti nelle singole materie.

Le tasse comprendono una contribuzione annuale di L. 3000 ed altre tasse per un importo complessivo di L. 600. Gli aspiranti dovranno provvedersi del corredo di strumenti secondo le istruzioni della Direzione.

Corsi di insegnamento pratico per medici negli Istituti Ospedalieri di Milano.

Si terranno presso l'Ospedale Maggiore (via Ospedale, 5) dal dicembre al giugno per l'anatomia patologica, l'igiene-tecnica ospitaliera, la dietetica, la medicina interna e la chirurgia generale, mentre in aprile-maggio si terranno brevi corsi di tecniche diagnostiche e terapeutiche.

Tassa d'iscrizione per i primi L. 100; per i corsi brevi L. 50 per corso.

L'iscrizione si chiude al 31 dicembre.

Per l'elenco dei singoli corsi, dirigersi alla Direzione.

Corso per ufficiali medici.

L'Autorità Militare a mezzo dei varî Comandi dei Distretti avverte che il 1° dicembre prossimo si aprirà in Firenze, presso la Scuola di Sanità Militare, un corso di istruzione per giovani muniti di laurea in medicina o in chimica farmacia o di diploma di farmacia, che aspirino alla nomina a sottotenenti di complemento nel Corpo Sanitario (ufficiali medici e chimici-farmacisti).

Cinematografie mediche.

All'Ospedale della Charité di Berlino è stato creato un Istituto di cinematografia medica, la cui direzione è stata affidata al prof. von Rothe.

Consensi di gratitudine.

Rileviamo con piacere il favore sempre crescente con cui viene accolta la consulenza legale del nostro giornale, a cui attende l'avv. Selvaggi. Ed i nostri abbonati, ai quali giunge il consiglio che li aiuterà nelle lotte che troppo spesso i medici debbono sostenere, non mancano di esprimerci la loro gratitudine, motivo di viva soddisfazione per noi, che mettiamo ogni cura per rendere sempre più utile il nostro giornale alla numerosa famiglia dei nostri abbonati.

In questi giorni, il dott. Alberto Polito da Fragagnano (Taranto), che ha avuto vivaci controversie con il Comune e che in tale occasione ha constatato «quanto siano rare la dignità e la correttezza professionale», ci scrive esternandoci la sua soddisfazione per tutto quanto ha fatto per lui il nostro Consulente legale. Con la massima puntualità, egli aggiunge, gli arrivavano le lettere che lo incoraggiavano, gli toglievano una spina dal cuore e gli davano questi consigli, che il dott. Polito non esita a chiamare profetici, perchè, con eccezionale precisione, gli prevedevano l'esito di qualsiasi pratica.

Ed egli desidera di rendere di pubblica ragione la sua imperitura gratitudine a «questo professionista eletto, a questa simpatica figura del *Policlinico*, additandolo quale «tutore fervente e sicuro della classe dei medici condotti».

Il prof. ALDO MASSAGLIA, insegnante apprezzatissimo presso la Università di Stato del Missisipì (S. U. A.) e che era tornato recentemente in Italia per un breve periodo di riposo, è spirato improvvisamente sul piroscafo che lo riportava nel Nord-America. Era una delle figure più notevoli fra i colleghi nostri connazionali dimoranti all'estero. Amava la Patria intensamente: e ne dette fulgide prove durante la guerra. Un gruppo di amici si prepara a rendere degne onoranze alla memoria di Lui.

P. P.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Deut. Med. Woch., 9 apr. — Numero commemorativo del cinquantenario della Soc. Ted. di Chir. (26 memorie).

Bull. Ac. Méd., 30 mar. — M. LABBÉ. I trattamenti prolungati con insulina.

Riforma Med., 12 apr. — F. FLARER. Alcune reaz. cutanee provocate in soggetti tbc. e non tbc. — G. BILANCIONI. Oto-rino-laringoiatria di pace e di guerra.

Annales de Méd., feb. — Numero sulla «malattia reumatica».

Cult. Med. Mod., 15 apr. — V. C. PIAZZA. Metodo minimetrico per la ricerca dell'urea nel sangue.

Münch. Med. Woch., 16 apr. — POPPELREUTER. Che cosa può apprendere la medicina dalla psicotecnica. — WALTER e LAX. Roentgenterapia della nevralgia del trigem.

Bull. Méd., 14-17 apr. — R. BRUNON. Appendicite, peri-, tiflite, peri-.

Paris Méd., 17 apr. — Numero sulle acque minerali e la climatologia.

Riv. Osped., feb. — T. BLEFARI MELAZZI. Il diabete sifilitico.

Brit. Journ. Children's Dis., gen.-mar. — K. UTHEIM. Il dolore addominale cronico nei fanciulli. — A. MONCRIEFF. Il pneumotorace nei piccoli fanciulli.

Brit. Med. Journ., 3 apr. — A. ALCOCK. Il dolore cronico pelvico nella donna. — E. HORDEN. L'endocardite.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 4 apr. — L. PEZZOTTI. Semeiogenesi della curva di Damoiseau.

Medicina Ibera, 27 mar. — J. GIACCOBINI. Il bacillo coli nella broncopolmonite.

Riv. d'Ig. e Med. Soc., mar. — L. MANFREDI. Il valore della vita umana in Italia.

Giorn. di Batter. e Imm., mar. — V. M. PALMIERI. Ricerche sierologiche sugli operai in ambienti soprariscaldati.

Mediz. Klin., 9 apr. — J. LÖWY. Le malattie professionali dei medici. — H. CURSCHMANN. Mixedema dell'adulto.

Wien. Klin. Woch., 8 apr. — ADELHEIM. Anat. patol. della malaria inoculata.

Zbl. inn. Med., 10 apr. — P. MARTINI. Le basi della percussione e dell'ascoltaz.

Rev. Méd. Latino-Amer., feb. — C. J. OMNÉS. Longevità e colloidi.

Encephale, apr. — W. STERLING. La scrittura a specchio. — A. HASNARD. Disturbi psichici nella spirochetosi itterigena.

Brit. Med. Journ., 17 apr. — W. BLAIR BELL. Il trattam. del cancro col piombo. — A. MERRIN e al. L'edema polmon. acuto soffocativo.

Pediatria, 15 apr. — M. GIUFFRÈ. La reaz. di Dick eseguita con stipiti varî di streptococchi.

Giorn. di Cl. Med., 10 apr. — M. CAYREL. La frigidità sessuale nella cura bismutica.

Minerva Med., 20 apr. — G. MATTIROLO e O. ZORINI. Sclerosi tuberosa del cervello.

Bull. Ac. de Méd., 6 apr. — H. SOURMONT e M. POLONOWSKI. La genatropina in patologia digestiva.

Presse Méd., 14 apr. — H. CRISTIANI. La fluorosi o cachessia fluorica. — 17 apr. C. RICHET. Gli ormoni omo-organici.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 18 apr. — E. LEO. Spina bifida del capo.

Journal Am. Med. Ass., 17 apr. — G. R. MINOT. Linfoblastoma. — A. F. LASH e R. KAPLAN. La febbre puerper. — A. M. STEVENS. Intossicaz. cron. da monossido di carbonio.

Arch. Ital. di Urol., mar. — C. NATALI. Genesi embrionale di alcune forme di tumori renali. — R. BROGLIO. Terapia conservativa della degeneraz. cistica dei reni.

Giorn. di Med. Mil., 1 apr. — Numero sulla terapia della sifil. nell'esercito.

Arch. Gen. di Neurol., ecc., 15 mar. — M. LEVI-BIANCHINI. Il nucleo centrale della psicanalisi.

Mediz. Klinik, 1 apr. — F. KRAUSE e al. Sui progressi della chirurgia.

Radiol. Med., apr. — A. VALLEBONA. Nuovo metodo di esame radiologico del tubo diger.

Haematologica, III-IV. — M. CALAMATI. Istogenesi del tubercolo. — F. BATTAGLIA. Cellule interstiziali del testicolo in condizioni sperimentali. — C. SESTINI. Le piastrine nel processo immunitario.

Arch. Mal. du Coeur, ecc., apr. — DANIELOPOLU e G. G. PROCA. Il ritmo atrio-ventricolare nell'uomo.

Medic. Ibera, 10 apr. — J. VALDÉS LALBEA. La sanocrisina.

Arch. App. Digestif, ecc., mar. — C. ODDO e al. Simpatesi interdigestive.

Proc. R. Soc. Med., apr. — Discussioni su: La sepsi locale come fattore di malattie; Trattam. delle fratture dell'avambraccio. Casistica.

Journ. de Méd. de Paris, 19 apr. — Numero sull'ortopedia.

Soc. d. Hôp., 1 apr. — P. HARVIER e al. Reumatismo cron. tbc. — N. FIESSINGER e H. WALTER. Il rosa di bengala nell'esploraz. funzion. del fegato.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 8 Novembre 1926 Fasc. 45

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

OSPEDALE MAGGIORE DELLA CARITÀ DI NOVARA.

Sull'influenza del fattore cutaneo nelle cutireazioni tubercoliniche.

Dott. MARIO ARTOM, primario Sez. Dermosifilopatica
Dott. PIERO FORNARA, dirett. Ambulatorio Pediatrico.

Nella questione, un giorno così semplice, della interpretazione della cutireazione tubercolinica, nuovi elementi che, isolatamente considerati, potrebbero parere contradditori o perturbanti il valore pratico di tali cutireazioni, sono stati portati dai numerosi lavori, che, partendo da constatazioni sperimentali, mirano a determinare i fattori causali delle cutireazioni tubercoliniche. Tali elementi, lungi dal togliere a queste cutireazioni alcunchè del loro valore diagnostico, hanno valso a spiegare quelle che clinicamente potevano parere delle anomalie, delle eccezioni, delle incongruenze nel comportamento delle cutireazioni stesse, ed hanno tratto anzi dallo studio del meccanismo di produzione delle reazioni cutanee la giustificazione dei disaccordi tra dati clinici generali e risposte cutanee.

Ora appunto perchè da parte di qualche autore si è lamentata la « tendenza di togliere alla cutireazione buona parte del suo valore diagnostico » e poichè al contrario noi siamo convinti che, solo quando si saranno stabilite le leggi generali che regolano la reattività cutanea, sarà possibile l'interpretazione senza errori delle reazioni cutanee alla tubercolina, noi, riprendendo un nostro lavoro in cui tali problemi sono in parte accennati ed in parte già risolti, desideriamo ricordare i lavori che hanno appunto studiato l'influenza del fattore cute sopra le cutireazioni, ed esporre alcune esperienze, che, completando le ricerche degli autori che ci hanno preceduto, ci permetteranno di fissare alcuni dettagli relativi a questo problema.

Che nel determinismo delle cutireazioni sia in gioco, oltre che il fattore di reattività generale rispetto all'infezione, anche il fattore di reattività locale della cute, risulta da un complesso di concezioni e di constatazioni. Già nell'intima concezione teorica del fenomeno allergia noi troviamo in parte tale constatazione. Come noi abbiamo nel nostro già citato precedente lavoro diffusamente trattato, nella comune definizione di allergia tubercolinica si può peccare per due vizi opposti; o nel senso di considerare esclusivamente la reazione generale organica all'infezione interpretata in base al decorso delle reazioni cliniche e umorali, o nel senso di identificare l'allergia tubercolinica con la reattività della cute alla tubercolina, di cui sono indici le cutireazioni. Quale sia il nostro concetto risulta già dall'esposizione precedente: l'allergia considerata nel senso teorico quale la considera il patologo, è qualche cosa di

indefinito di cui non si possono stabilire nè l'esistenza, nè i gradi; non solo, ma questo *quid* di cui tanto si parla e che tanto attributo di valore ha acquisito non è per nulla noto neanche nel suo meccanismo patogenetico. Che esso non sia un fenomeno di ipersensibilità anafilattica risulta concordemente dalle constatazioni cliniche e sperimentali, non ultima la impossibilità del trasporto dell'allergia tubercolinica nelle cavie; che esso neanche sia una reazione antigene-anticorpi, risulta pure da molte constatazioni e specialmente dalla mancanza di produzione sperimentale di anticorpi in seguito a inoculazione di tubercolina in individuo sano, e, d'altra parte, la tubercolina non ha nè carattere, nè natura fisico-chimica di antigene (Fagioli). In conclusione l'unica definizione che oggi vien data dell'allergia tubercolare è quella esposta da Micheli, « che essa rappresenta un fenomeno essenzialmente istogeno che si traduce nella proprietà acquisita del tessuto connettivo vascolare dell'organismo infetto di rispondere con un particolare tipo di reazione infiammatoria ai più varii stimoli, in maniera più squisitamente sensibile a prodotti di scissione o di secrezione del bacillo tubercolare del tipo di quelli che sono in gioco nella tubercolina ».

Noi abbiamo cercato di collegare gli insegnamenti della comune osservazione clinica con gli insegnamenti delle reazioni tubercoliniche e, ricordando la possibilità reale che alcune malattie provochino una diminuzione di resistenza all'infezione tubercolare e quindi un aggravamento di lesioni preesistenti, il che, impropriamente forse, viene comunemente chiamato stato anergico, e a cui corrisponde una diminuzione di intensità, che giunge sino alla negativizzazione della cutireazione tubercolinica, abbiamo ammesso, senza la possibilità di spiegarlo e di spiegarne il meccanismo patogenetico, l'esistenza di un duplice fattore allergico: 1) un'allergia che potremmo chiamare allergia generale corrispondente appunto alla reazione organica generale all'infezione; 2) un'allergia squisitamente cutanea considerata in rapporto alla reattività cutanea di cui è indice la cutireazione. Questi due fattori sono tra di loro intimamente legati da un duplice ordine di relazioni: 1) il fattore cutaneo dipende dall'influenza del fattore generale di resistenza dell'organismo all'infezione, per cui la cutireazione segue le oscillazioni della malattia determinante, dipende dalla variazione della resistenza dell'organismo, ed è quindi influenzata anche dalle così dette malattie anergizzanti in modo che quando l'organismo si trova in stato di cachessia, oppure quando la infezione assume un decorso violento od acuto la cute, pur essendo integra ed apparentemente sana e normale non dà più reazione allergica; 2) la cute è sede di processi immunitari proprii i quali hanno una netta influenza sull'immunità generale e quindi anche sulla reattività organica generale; parlano in tal senso le recenti ricerche di Besredka e le applicazioni che di queste furono fatte nel campo terapeutico.

La cutireazione quindi, come già dicemmo, è la risultante di questi due fattori i quali, pur essendo l'un l'altro legati, possono agire sia separatamente, sia uniti; essa può quindi modificarsi sia per il modificarsi delle condizioni generali dell'organismo, sia per il modificarsi delle condizioni locali della cute. Sull'influenza dello stato della cute sopra le cutireazioni esiste un'ampia letteratura dalla quale traggiamo un'esposizione esemplificativa. Röpke osservò che la cute asciutta ed anemica come la cute floscia dei vecchi dà reazioni assai più deboli che non la cute irrorata od essudante. Rolly per primo stabilì il valore dell'irritazione cutanea provocata con sostanze diverse come determinante della reazione alla tubercolina. Cozzolino vide modificarsi la cutireazione nelle zone iperpigmentate da elioterapia marina, Oppenheim e Wechsler affermano che le malattie cutanee hanno sulla cutireazione un'influenza varia, accentuando in qualche caso, in altri diminuendo la reattività cutanea, e infine altri autori che non citiamo, rimandando per essi al completo lavoro di Aiello insistono sull'importanza dello stato di nutrizione e di attività dei tessuti cutanei come fattore della cutireazione. Più recentemente Bernucci completò queste ricerche cliniche in un lavoro di contributo istopatologico in cui studia dal punto di vista sperimentale le modificazioni indotte dalle diverse condizioni patologiche della cute sulle varie cutireazioni specifiche ed aspecifiche, arrivando alla conclusione che alterazioni anatomiche localizzate di vario tipo possono attenuare e modificare la reazione allergica, mentre le variazioni del tono vascolare agiscono più debolmente sui caratteri delle cutireazioni.

Noi abbiamo portato già precedentemente un contributo personale a tale problema dell'influenza del fattore cutaneo sui risultati delle cutireazioni studiandolo in un certo numero di luetici, distinti in luetici da lue congenita e da lue acquisita, con manifestazioni cutanee e senza manifestazioni cutanee; e notando la scarsa percentuale di cutireazioni positive ottenute in soggetti con manifestazioni cutanee, specialmente se estese a gran parte del tegumento e notando anche la possibilità che in tali individui, dopo la guarigione dei segni cutanei, la cutireazione diventi positiva, arrivavamo all'implicita conclusione che la così detta anergia tubercolinica dei luetici, studiata già prima che da noi dal Lelong, Dujardin, Mensi, ecc., dipende, almeno in parte, dalle modificazioni cutanee dei luetici.

Da tali studi sul fattore cutaneo ha tratto luce il problema della specificità della cutireazione tubercolinica dei tubercolotici con l'enunciazione del quale iniziammo questa nota. Esistono su tali direttive numerose ricerche che vanno dai lavori di Entz, di Sorgo, di Zigler, di Rolly alle ultime esperienze italiane di Busacca, Buffalini e Signorelli, Aiello, Bastai, Pietra, Micheli, Misasi, Valmigli. Esse concordano nel notare la frequenza con cui individui tubercolotici reagiscono alle applicazioni intradermiche o sopradermiche oltre che di tubercolina anche di altre sostanze (vaccini bacterici diversi e tossine bacteriche, malleina, tricofitina, brodi concentrati, peptone, albumose, siero di cavallo, latte, ecc.). Le conclusioni pressochè concordanti di tutti questi autori sono che esiste veramente una attività della cute dei tubercolotici ad antigeni non specifici (allergia politropa secondo Königer) più lieve se applicati per innesto epicutaneo, più evidente se per via intracutanea (Bernucci) dando una reazione che per il modo di insorgere, il quadro dell'infiltrazione, la delimitazione, la durata, il reperto istologico (Pietra) non è differenziabile dalla reazione specifica con tubercolina.

E con tali esperienze si riconnettono in parte gli studi sulle cuti- ed intradermoreazioni eseguite con sostanze ad azione farmacodinamica su cui non ci soffermiamo essendo tale problema estraneo al concetto che informa il nostro lavoro.

Noi ricorderemo in particolare le influenze che sulla cutireazione specifica tubercolinica esercitano le modificazioni indotte nella reattività cutanea dalla contemporanea introduzione epidermica od intradermica di alcune sostanze determinanti una reazione cutanea. Tali esperienze risalgono ai lavori di Moro e di Keller, ecc., che in bambini non infetti da tubercolosi dimostrarono potersi ottenere una cutireazione positiva alla tubercolina eseguendo contemporaneamente alla cutireazione tubercolinica una vaccinazione con vaccino jenneriano e osservarono che tali bambini conservano tale allergia aspecifica alla tubercolina per 3-4 settimane secondo Moro, per 1-2 mesi secondo Nobel.

La conoscenza di tali esperienze ci indusse ad eseguire altre ricerche e ad estenderle allo scopo di confermarle e di studiarne i limiti traendone conseguenze sul valore pratico della cutireazione. Noi credemmo opportuno modificare il procedimento nel senso di vedere se in individui allergici per la tubercolina, durante il periodo di reazione a tale sostanza avvenissero delle modificazioni tegumentarie tali da provocare una reazione positiva a sostanze a cui la cute precedentemente non reagiva. L'utilità di tali ricerche ci parve oggi tanto maggiore in quanto l'uso di intradermoreazioni diagnostiche si va estendendo assai ed entrando nella pratica corrente.

La tecnica seguita nelle nostre ricerche fu l'intradermoreazione eseguita con una soluzione al millesimo di tubercolina di Moro di cui iniettavamo nel derma 1/10 di cmc. Contemporaneamente a tale intradermoreazione, e successivamente in tempo diverso, noi eseguivamo, seguendo la tecnica stessa, altre intradermoreazioni con sostanze proteiche e vaccini di cui introducevamo la stessa quantità.

In una prima serie di esperienze noi abbiamo eseguito in 8 bambini contemporaneamente all'intradermoreazione tubercolinica, l'intradermoreazione al vaccino pertossico usando o il vaccino Neo-Dmetys o il Tussi-Limas. Nessuno dei bambini in questione presentava o aveva da poco presentato pertosse. In 3 bambini con cutireazione tubercolinica negativa e con nessun segno di infezione tubercolare riuscì negativa così l'intradermoreazione tubercolinica che quella con vaccini pertossici. In 5 bambini dai 2 ai 4 anni con cutireazione tubercolinica positiva e con manifestazioni tubercolari osseo-ghiandolari o cutanee in atto (adenopatia tracheo-bronchiale, scrofola, tubercolosi ossea del piede, coxite, linfomi suppurati al collo) ottenemmo oltre all'intradermoreazione tubercolinica fortemente positiva, anche la intradermoreazione al vaccino pertossico fortemente positiva con formazione di un nodulo a superficie eritematosa, di poco inferiore a quello provocato dalla tubercolina e di dimensioni medie di 2 × 4 cm. Nei bambini stessi l'intradermoreazione al solo vaccino pertossico eseguita 8 giorni dopo, diede risultato negativo all'infuori del bambino con manifestazioni scrofolose il quale reagì con un piccolo nodulo di 1 × 1/2 cm. di dimensioni.

In una seconda serie di esperienze abbiamo scelto tra le pazienti del reparto dermosifilopatico 5 soggetti con forme cutanee tubercolari assai estese (3 casi di lupus, 2 di scrofuloderma) e 5 casi di pazienti affette da forme cutanee non tubercolari. In esse in primo tempo eseguimmo intradermoreazioni con le seguenti sostanze: 1) soluzione fisiologica; 2) soluzione acquosa di pollini misti di fieno (Dactilis glomerata, Poa pratensis, Lolium perenne, Avena flavescens); 3) vaccino gonococcico; 4) siero di cavallo. In secondo tempo, dieci giorni dopo ripetemmo le esperienze eseguendo contemporaneamente alle suddette intradermoreazioni anche l'intradermoreazione alla tubercolina.

I risultati furono quelli che raccogliamo nella seguente tabella ove, come indice dell'intensità della reazione, notammo l'ampiezza in centimetri dell'alone eritematoso prodottosi nella sede dell'intradermoreazione.

TAVOLA N. 1.

Nome del paziente	Età	MALATTIA	1.a serie di esperienze 18-4-1926				2.a serie di esperienze 28-4-1926				
			Intradermo soluzione fisiologica	Intradermo soluzione acquosa polline	Intradermo vaccino gonococcico	Intradermo siero di cavallo	Intradermo tubercolina	Intradermo soluzione fisiologica	Intradermo polline	Intradermo vaccino gonococcico	Intradermo siero di cavallo
P. O.	11	Scrofuloderma	neg.	neg.	neg.	1×1	6×6	neg.	neg.	3×3	4×4
C. C.	63	Lupus volgare	neg.	1×1	1½×1	1×1	8×6	1×2	2×1	4×3	6×4
A. T.	60	Lupus volgare	neg.	neg.	neg.	neg.	3×2	2×2	1×1½	1×1	1×1
V. M.	16	Scrofuloderma	neg.	1×1	3×3	1×2	3×3	neg.	6×6	4×4	4×4
T. P.	17	Lupus volgare	1×1	neg.	1×1	1×1	4×3	2×2	neg.	2×3	3×3
M. M.	26	Uretrite gonoc.	neg.	neg.	6×4	neg.	4×4	neg.	1×1	4×4	1×1
B. P.	16	Uretrite gonoc.	neg.	neg.	4×2	neg.	neg.	neg.	neg.	1×2	neg.
C. M.	39	Lue costituz.	neg.	neg.	neg.	1×1	4×3	neg.	2×2	3×3	4×3
R. E.	34	Uretrite gonoc.	neg.	neg.	3×3	neg.	6×4	1×1	1×1	2×2	erit.
M. R.	24	Uretrite gonoc.	neg.	neg.	3×3	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.	neg.

In un terzo gruppo di casi, nel Reparto Oftalmico eseguimmo su 3 pazienti affetti da cheratite flittenulare in un primo tempo intradermoreazioni con soluzione di novocaina in siero fisiologico, con Strepto-Limas, con siero di cavallo, in un secondo tempo le stesse, più cutireazione tubercolinica. Tutti 3 i pazienti, che già in altri tempi avevano presentato cutireazione tubercolinica positiva, reagirono negativamente a tutte le intradermoreazioni nella prima esperienza; positivamente alla cutireazione tubercolinica soltanto, nella seconda esperienza.

In una quarta serie di ricerche noi eseguimmo in tubercolotici polmonari, seguendo sempre le stesse modalità, iniezioni intradermiche in primo tempo di soluzione fisiologica, di siero di cavallo e di gonodiagnostico Limas, in secondo tempo a distanza di 8 giorni le iniezioni stesse e contemporaneamente intradermoreazione di tubercolina. I risultati sono raccolti nella seguente tabella.

TAVOLA N. 2.

Nome del paziente	Età	PRIMA SERIE DI ESPERIENZE			SECONDA SERIE DI ESPERIENZE			
		Intradermo soluzione fisiologica	Intradermo gono-diagnost.	Intradermo siero di cavallo	Intradermo tubercolina	Intradermo soluzione fisiologica	Intradermo gono-diagnost.	Intradermo siero di cavallo
C. L.	24	negat.	lieve rossore	negat.	1½×2	negat.	3×2½	9½×6
B. T.	21	negat.	negat.	negat.	2×2	negat.	1×1½	negat.
F. L.	34	negat.	2½×2½	7×4	2½×2½	negat.	2×1½	13½×7
G. L.	31	negat.	3½×3	negat.	1×1	negat.	1½×1	3×2
S. A.	28	negat.	4½×3	negat.	2×1½	negat.	1½×1	4×3½
C. V.	26	negat.	1½×1½	negat.	1×1½	negat.	1×1	4×3
B. M.	30	negat.	negat.	negat.	2×3	negat.	negat.	3×3
F. E.	22	negat.	3×3	negat.	2×2	negat.	2×2	negat.
M. A.	21	negat.	negat.	negat.	1×1	negat.	2×2	4½×3
S. M.	36	lieve arross.	4×3½	2½×2½	2×2	1×1	3×3	4×3½

Eseguimmo inoltre esperienze dirette a studiare quale sia veramente l'influenza cutanea sui risultati ottenuti e per queste noi ci comportammo nel modo seguente: In alcuni malati nei quali esistevano cicatrici di pregresse recenti intradermoreazioni tubercoliniche noi eseguimmo sulla cicatrice intradermoreazioni sia con tubercolina, sia con altre sostanze proteiche. In questi casi noi ottenemmo reazioni precocissime assai più intense delle precedenti solo dove avevamo introdotto tubercolina, furono negative le intradermoreazioni con altre sostanze.

In individui con cutireazione positiva le intradermoreazioni eseguite su vecchie cicatrici di natura traumatica (vaccinazioni, scottature, ferite) riuscirono o negative o assai debolmente positive. Di più in una bambina affetta da tubercolosi ossea, che in seguito a intradermoreazione tubercolinica presentò con lieve rialzo febbrile un eritema scarlattiniforme generalizzato, per tutta la durata dell'eritema la cute presentò cutireazione tubercolinica negativa su tutto l'ambito all'infuo i che sulle cicatrici da intradermoreazione tubercolinica ove la cutireazione tubercolinica risultò positiva.

Concludendo; le attuali esperienze, eseguite per ora su di uno scarso numero di malati, ma che stiamo continuando, dimostrano, sotto un nuovo punto di vista, l'influenza del fattore cutaneo sulla cuti- ed intradermoreazione tubercolinica, e cioè l'importanza che in un certo numero di casi assume nel determinare la positività di reazioni non specifiche l'intradermoreazione di una sostanza per cui l'individuo è allergico. Nelle nostre esperienze, mentre constatammo non molto frequente la positività isolata in individui tubercolotici e tubercolino-allergici di reazioni a sostanze diverse dalla tubercolina (compreso il siero di cavallo) constatammo in un certo numero di pazienti tubercolino-allergici il divenir positivo di iniezioni sottoepidermiche delle sostanze stesse quando contemporaneamente ad esse si eseguiva intradermoreazione tubercolinica, e questo specialmente in soggetti con tubercolosi cutanea e in bambini con manifestazioni osseo-ghiandolari a tipo florido.

Nelle cicatrici noi notammo che persiste in esse la specificità all'intradermoreazione tubercolinica nel senso che esiste una netta azione attivante della reazione alla tubercolina, almeno rispetto al tempo di comparsa, determinata dalle cicatrici di pregresse intradermoreazioni tubercoliniche mentre si osserva che le vecchie cicatrici fibrose da causa traumatica esecitano un'azione inibente su tutte le intradermoreazioni.

Queste constatazioni ci parvero utili a fare per ricordare la necessità di tener presenti nell'interpretazione delle intradermoreazioni oltre che le condizioni della reattività organica generale anche le condizioni spontanee o provocate della reattività cutanea generalizzata o localizzata con lo scopo di contribuire alla creazione di quelle leggi dell'allergia cutanea che appaiono tanto più necessarie oggi in quanto le cuti- ed intradermoreazioni a scopo diagnostico vanno estendendosi e ampliandosi nei diversi campi della patologia.

BIBLIOGRAFIA.

(1) M. ARTOM e P. FORNARA. *L'allergia tubercolinica dei luetici*. Rivista Ospedaliera, vol. XIV, 1925, n. 21.

(2) F. MICHELI. *Sull'immunità tubercolare acquisita*. Minerva Medica, vol. I, n. 1, 1923.

(3) G. AJELLO. *Reazioni cutanee specifiche ed aspecifiche nei tubercolosi*. Studium, n. 1, 1922.

(4) F. BERNUCCI. *La reattività della cute ad antigeni tubercolinici e ad antigeni aspecifici studiata in varie condizioni patologiche*. Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle, fasc. III, 1924.

(5) E. MORO. *Zum Studium der Tuberkulinreaktion*. Monatsch. f. Kinderheilkunde, 29, 1925.

(6) E. MORO und W. KELLER. *Tuberkulöse Hautallergie nach intracutaner Simultanimpfung von Tuberkulin und Kuhpockenlymphe*. Deutsche Med. Wochenschrift, vol. 51, n. 25, 1925, pag. 1015.

(7) H. FERNBACH. *Zur Frage der tuberkulösen Hautallergie noch intrakutaner Simultanimpfung von Tuberkulin und Kuhpockenlymphe*. D. M. W., n. 48, 1925.

(8) E. NOBEL und A. ROSENBLÜTH. *Ueber die Eigenserumreaktion im Kindesalter*. Zeitschr. f. Kinderheilk., 36, 1923.

(9) ID. *Beitrag zur Kenntnis der Tuberkulin und Eiweissempfindlichkeit der Haut*. Zeitschr. f. Kinderheilk., Band 39, H. 4, 1925, p. 439.

(10) E. NOBEL und E. ROSEN. *Unspezifische Hautreaktionen nach Simultanimpfung mit Kuhpockenlmphe und Eiweissubstanzen*. Wiener Medizinische Wochenschrift, n. 51, 1925.

(11) E. NOBEL. *Ueber spezifische und unspezifische Hantreaktionen in ihrer Beziehung zur Tuberkulose*. Die extrapulmonale Tuberkulose, Heft 7, 1926.

Per le altre citazioni bibliografiche rimandiamo al nostro precedente lavoro di cui al n. 1.

NOTE E CONTRIBUTI.

OSPEDALE DI S. SPIRITO IN SASSIA.
Reparto chirurgico: primario prof. T. FERRETTI.

Diagnosi differenziale precoce fra neoplasma ed echinococco del polmone

per il dott. BERNARDINO MASCI, aiuto e docente.

Davanti ad un ammalato che tossisce ed ha delle emottisi, il nostro primo pensiero, specie ad esame obiettivo toracico negativo, si volge verso un processo morboso di natura tubercolare; e nel 90 per 100 dei casi saremo nel vero, data la grande diffusione della tubercolosi ed il suo frequente inizio con detti sintomi. Già altra volta, parlando della diagnosi dell'echinococcosi polmonare, ho affermato che, data l'affinità dei sintomi iniziali, non vi è malato di cisti idatidea che per un certo periodo di tempo non sia stato battezzato e curato per tubercoloso. L'echinococco, il neoplasma, le bronchiectasie, la sifilide, le micosi son le altre malattie strettamente polmonari, oltre la tubercolosi, che bisogna volta per volta prendere in considerazione e vagliare al lume della critica diagnostica e delle ricerche cliniche inerenti. Le malattie extrapolmonari, capaci di dare tosse ed emottisi (cardiopatie, diatesi emorragiche, ecc.), balzano in genere facilmente alla diagnosi.

Se è vero che, con le moderne indagini diagnostiche, la confusione fra le dette malattie polmonari, indotta soprattutto dalla inaccessibilità della sede e dalla uniformità dei sintomi iniziali, si vada sempre più diradando, pure di tanto in tanto, anche da clinici competentissimi e malgrado il sussidio di tutte le ricerche diagnostiche, si cade nell'errore. L'esame radiologico e l'indagine delle reazioni biologiche hanno fatto molto progredire la diagnosi di echinococco del polmone; la radioscopia del torace, previa iniezione dell'albero bronchiale con sostanze radio-opache (lipiodolo), permette di svelare le dilatazioni bronchiali; il fine studio radiologico delle lesioni indotte nel polmone, sussidiato dalle ricerche cliniche e sierologiche, permette generalmente di riconoscere una sifilide polmonare. La diagnosi di neoplasma del polmone, invece, non ha fatto grandi progressi, donde più facilmente per esso la confusione con gli altri processi morbosi, anche ricorrendo per tempo all'esame radiografico, che costituisce la chiave della diagnosi di tutte le affezioni prese in considerazione. Ci sfugge ogni ragguaglio rispetto alla consistenza, alla superficie, alla spostabilità, ai rapporti più intimi con le formazioni vicine a causa della inaccessibilità della sede; non abbiamo prove biologiche sicure che ci dimostri la sua presenza nell'organismo; soltanto la radiografia dà un'ombra, che nasconde però numerose insidie.

Quanto sia facile tale confusione lo dimostrano due casi capitati sotto la nostra osservazione, inviati rispettivamente dalle corsie mediche Lancisi e Baglivi con la diagnosi di echinococco polmonare ed operati dal prof. Ferretti. Entrambi erano uomini di media età, ben portanti, affetti da lungo tempo da tosse stizzosa con scarsa espettorazione siero-mucosa e frequenti emottisi, con espettorato negativo per il bacillo di Koch, e in cui l'esame radioscopico aveva dimostrato la presenza di una tumefazione rotondeggiante, a contorni netti, della grandezza approssimativa di un'arancia, nel polmone destro, che nel resto della sua trama appariva perfettamente normale.

L'ultimo operato, un uomo di 36 anni, bracciante, da Viterbo, con gentilizio ed anamnesi remota completamente negativi, faceva rimontare l'inizio dei suoi disturbi ad un anno prima di essere accolto nell'ospedale. Cominciò allora ad essere tormentato da una tosse secca, stizzosa, che più non lo ha abbandonato: qualche volta con la tosse ha emesso scarsa espettorazione sieromucosa. Un mese prima dell'atto operativo, durante una crisi di tosse più stizzosa del solito, emise una notevole quantità di sangue dalla bocca e nello stesso tempo fu colpito da febbre, che, a tipo intermittente, non lo ha più abbandonato. In seguito la tosse si è fatta sempre più insistente e le emottisi si sono frequentemente ripetute, sebbene molto più lievi. Il decorso del male non era stato accompagnato da debolezza generale nè da deperimento organico fino all'inizio del periodo febbrile: la febbre, non preceduta da brividi, remittente con profusi sudori, ha raggiunto spesso i 39°-40° C.

L'esame obiettivo generale altro non faceva rilevare che il soggetto, di costituzione molto robusta, non era dimagrato, ma sensibilmente anemizzato. L'esame dei singoli apparati ed organi era completamente negativo: il torace si presentava simmetrico, senza segni di atrofie muscolari nè sporgenze anormali; su tutto l'ambito si aveva suono chiaro polmonare e murmure vescicolare normale senza ombra di rumori accessori. L'attenzione, portata in modo speciale sul mediastino, sulle pleure, sulle glandole sopraclavicolari ed ascellari, oltre che sul parenchima polmonare, non faceva rilevare nulla di anormale. Solo quando si fu messi sull'avviso dall'esame radioscopico, tornando a riesaminare l'ammalato, si potè constatare un lievissimo, quasi impercettibile smorzamento di suono ad una percussione forte in corrispondenza della regione mammaria destra.

Delle ricerche di laboratorio la Wassermann era stata negativa; l'esame dell'espettorato non aveva fatto rinvenire bacilli di Koch; l'esame del sangue aveva dato 22.8000 leucociti per mmc., con 12 % di eosinofili; la reazione di Casoni era stata debolmente positiva; la Ghedini-Weinberg non era stata eseguita.

La radioscopia del torace aveva messo in evidenza nel polmone destro, presso l'ilo, la presenza di un'ombra rotondeggiante, a margini regolari,

della grandezza di un'arancia, nettamente separata dall'ombra del cuore e dei grossi vasi.

L'età giovanile del soggetto; l'aspetto generale buono; la tosse stizzosa datante da lungo tempo; l'espettorazione scarsa, siero-mucosa; l'assenza di bacilli di Koch nell'escreato; le frequenti emottisi; il reperto toracico negativo all'esame clinico; la leucocitosi e l'intensa eosinoflia; la Casoni positiva; il reperto radioscopico, di una massa rotondeggiante ed a contorni netti nel polmone, erano tanti dati che, messi insieme, non potevano far pensare ad altro che all'echinococco. La febbre alta, intermittente, quotidiana, aggiuntasi negli ultimi tempi, e col reperto di una discreta leucocitosi nel sangue, parlava per la suppurazione della cisti.

Senonchè la toracotomia, eseguita dal prof. Ferretti, dimostrò che la massa individualizzata coi raggi era di consistenza uniformemente duro-lignea e più punture esplorative praticate in essa confermarono la compattezza del tessuto da cui era costituita. L'autopsia confermò trattarsi di un neoplasma primitivo (carcinoma) del polmone.

L'altro malato, un uomo di 57 anni, nefritico da oltre un anno, ma del resto in buone condizioni generali, faceva rimontare l'inizio dei disturbi a carico dell'apparato respiratorio a 6-7 mesi prima di essere ricoverato nell'ospedale: aveva tosse stizzosa, scarsa espettorazione, con escreato sugli ultimi tempi qualche volta emorragico, dispnea, dolori all'emitorace destro con irradiazioni al braccio corrispondente.

All'esame obiettivo il torace si presentava simmetrico, senza zone ectasiche nè segni di atrofie muscolari, con linfoglandole sopraclavicolari ed ascellari piccole e senza caratteri speciali. Alla percussione si aveva riduzione di suono nelle fosse sopra- e sottospinose di destra e lievissima ipofonesi anche nelle fosse sopra- e sottoclaveari dello stesso lato. All'ascoltazione, posteriormente sulla zona ottusa si aveva soffio bronchiale; anteriormente, nella regione sottoclaveare egualmente soffio bronchiale, accompagnato da rantoli fini e da qualche sfregamento. Null'altro nel resto dell'ambito polmonare.

Le ricerche di laboratorio avevano dato: reperto di nefrite subacuta all'esame delle urine; lieve leucocitosi (12,500), con spiccata eosinofilia (9 %) all'esame del sangue; reazione di Wassermann negativa; reazione di Ghedini-Weinberg negativa. La radioscopia aveva dimostrato la presenza di un'ombra sferica in corrispondenza del lobo superiore destro.

L'atto operativo, la biopsia ed in seguito la necroscopia (il decesso avvenne dopo circa sei mesi dall'operazione) dimostrarono che si trattava invece di un carcinoma polmonare primitivo.

***

Si possono trarre insegnamenti da simili errori diagnostici?

È necessario premettere che, parlando di neoplasmi del polmone, vogliamo alludere quasi esclusivamente ai tumori primitivi maligni (carcinomi e sarcomi), di origine bronchiale o polmonare, escludendo anche i tumori del mediastino e quelli primitivi della pleura, le cui sindromi ci porterebbero troppo lontani dall'argomento che ci siamo imposto di trattare. Non che i tumori benigni del polmone (fibromi, lipomi, condromi, osteomi, angiomi, ecc.) non potessero essere scambiati con l'echinococco, ma essi sono così estremamente rari che solo eccezionalmente si sono prestati a confusione. Così il Courmont ha descritto un caso di condroma del volume di un'arancia, sviluppato in pieno parenchima polmonare, che allo schermo simulava un echinococco: un neurofibroma fu trovato in un caso riferito dal Sergent ed operato dal Cuneo, nel quale la radiografia aveva dato una immagine perfetta di cisti idatidea dell'apice; Albertin e Barjon operarono con diagnosi radiologica di echinococco del polmone un caso di cisti dermoide, ecc.

I tumori maligni metastatici sono in genere di facile diagnosi. Se un giovane, amputato qualche mese prima di un arto per un sarcoma delle ossa, si ripresenta al chirurgo accusando tosse, dispnea ed emottisi, si può essere quasi certi che egli è portatore di un sarcoma metastatico del polmone; così pure, se una donna di età avanzata, amputata del seno qualche mese od anno prima per carcinoma, comincia a lamentarsi di tosse stizzosa con assenza quasi assoluta di escreato, di dispnea e di emottisi, quasi certamente vi è una riproduzione del neoplasma nei suoi polmoni.

Sono i neoplasmi maligni primitivi, che, all'inizio della loro evoluzione, possono trarre in inganno per la perfetta somiglianza dei sintomi funzionali e fisici con l'echinococco. Non si dica: ma nei neoplasmi, al contrario dell'echinococcosi, sono colpiti i soggetti anziani; il decorso del male è molto più rapido (due anni al massimo secondo Zagari); l'aspetto dell'espettorato è color conserva di lampone e all'esame miscroscopico di esso si rinvengono elementi blastomatosi; si hanno metastasi glandolari (specie nelle linfoglandole sopraclavicolari) e generali; la pleura viene quasi sempre invasa e dà i segni di una pleurite emorragica; le condizioni generali decadono e si stabilisce la cachessia! Tutti questi sintomi sono l'epilogo del morbo, ma all'inizio, quando pur bisogna porre una diagnosi ed in base ad essa stabilire la prognosi e la cura, essi possono fare completamente difetto e non esistono che disturbi funzionali più o meno vaghi con reperto fisico completamente negativo. Tanto il neoplasma che l'echinococco, usciti dalla fase di latenza, si comportano in un primo tempo rispetto al polmone all'identico modo, cioè in forma di corpo estraneo, dotato di forza di accrescimento espansivo, respingendo eccentricamente il polmone senza invaderlo. Di qui la uniformità dei sintomi clinici.

Ed allora ci domandiamo: vi possono essere altri criteri da profondamente vagliare per indi-

rizzare il concetto diagnostico più per un morbo che per l'altro?

Il criterio di frequenza aiuta ben poco, poichè entrambe sono malattie abbastanza rare. Però secondo la nostra esperienza, a differenza di quella di altri autori, le cisti idatidee sono molto più frequenti dei neoplasmi. È con meraviglia che, allo scorcio del luminoso insegnamento, si sente dire dal prof. Cardarelli: « io ho osservato moltissimi casi di neoplasmi del polmone e solo pochi (3 o 4) di cisti da echinococco ». Non è improbabile, che in passato molti casi di echinococco, siano sfuggiti, in base al solo esame fisico, alla vera diagnosi e confusi con altre affezioni dell'apparato respiratorio, in special modo con la tubercolosi. Oggi l'esame radiologico fornisce quasi sempre la chiave della diagnosi quando le altre ricerche non abbiano risposto positivamente, ed in ciò condividiamo il pensiero di Groedel che un esame polmonare oggidì non è completo senza il reperto radiologico. Ad ogni modo è da ricordarsi che l'associare ai dati obiettivi incompleti i dati dell'esperienza ed i criteri di probabilità spesse volte porta a risultati fallaci.

L'età del malato ha ugualmente poca importanza: si può infettarsi di echinococco in qualunque età, come possono insorgere neoplasmi maligni in qualunque momento della vita. Se è vero, in linea generale, che il carcinoma è un appannaggio della vecchiaia e che il sarcoma è una triste prerogativa dei giovani, spesso in pratica è dato di osservare l'inversione di questa regola: ad ogni modo si tratti di sarcoma in un giovane o di carcinoma in un vecchio, sta di fatto che in qualunque età possono insorgere tumori maligni. Poichè il sarcoma nel polmone è molto più raro che il cancro (nella proporzione di 1:7 circa), teoricamente i tumori si dovrebbero riscontrare con maggiore frequenza nell'età avanzata. Le cisti idatidee invece, secondo la nostra esperienza, sono molto più frequenti nei soggetti giovani.

La rapidità di accrescimento della tumefazione è certo un ottimo criterio, sapendosi che nel polmone, non intervenendo complicazioni, abbisognano circa due anni alla forma larvata dell'echinococco per dare segni della sua presenza (Leuckardt, Escudero), e bastano invece due anni al massimo per morire di neoplasma maligno (Zagari). Purtroppo però l'inaccessibilità della sede non permette di sorprendere l'inizio della tumefazione e di seguirne la rapidità di accrescimento: neoplasma ed echinococco, non appena usciti dalla fase di latenza il primo rapidamente ed il secondo lentamente, iniziano il loro quadro morboso con i medesimi sintomi funzionali e fisici, e per lungo tempo lo stato di nutrizione e di sanguificazione, anche trattandosi di tumore, può rimanere senza offese. Lo stesso Laënnec aveva notato che il sarcoma polmonare può portarsi per diverso tempo innocentemente, senza disturbi dello stato generale.

La conoscenza degli antecedenti dei malati, soprattutto per quanto riguarda la loro coabitazione con cani, il loro mestiere (macellai, pastori, ecc.) o la loro occupazione preferita (cacciatori), spesso si è rivelata di nessun valore nella pratica. Ho visto molte cisti idatidee in persone che non hanno avvicinato mai cani. Ad ogni modo, nel sospetto di echinococco, bisogna ricercare sempre se vi possa essere un certo rapporto fra il momento del contagio e l'epoca presunta della cisti, ricordando che questa ha un decorso lentissimo, impiegando, per esempio, più di due anni per raggiungere la grandezza di una noce.

Maggior importanza ha il sintoma orticaria, al quale in ogni tempo si è attribuito un valore sintomatologico di primo ordine nell'echinococco; ma bisogna notare che questo sintoma non è nè costante nè patognomonico. È eccezionale, infatti, che l'orticaria compaia durante l'integrità della cisti, cioè durante la fase che noi abbiamo preso a considerare.

Il carattere della tosse, la quale rappresenta uno dei sintomi più precoci e costanti, è perfettamente identico nelle due malattie: tosse secca, stizzosa, breve, interrotta da scosse, dovuta all'irritazione delle terminazioni intrapolmonari del vago che sono a contatto con la massa cistica o neoplastica che si va svolgendo nel parenchima polmonare. La sua persistenza finisce col produrre l'irritazione meccanica dei bronchi, per cui perde in seguito i caratteri della tosse polmonare e le succede progressivamente una tosse bronchiale, espiratoria, prolungata e rumorosa.

Anche l'escreato, in un primo momento, è perfettamente identico nelle due malattie; esso è scarsissimo, qualche volta addirittura assente: si tossisce molto e non si espettora quasi nulla. L'escreato, attaccaticcio, ha un aspetto siero-schiumoso o siero-mucoso e si produce per l'irritazione della mucosa dei bronchi indotta dalla tosse. L'esame microscopico di esso nell'echinococco chiuso rivela solamente la presenza di una flora microbica banale senza alcuna traccia del parassita; lo stesso dicasi dei neoplasmi, durante il cui inizio non si rinvengono nell'espettorato che germi banali, epiteli polimorfi e grandi sfere di grasso. I frammenti blastomatosi nell'espettorato si possono rinvenire solo eccezionalmente ed in un periodo tardivo della malattia, quando il neoplasma si è ulcerato ed aperto nei bronchi; senza dire poi che per simile ricerca occorre una pratica non comune di istologia patologica. Così pure tardivamente, cioè a cisti rotta, si possono rinve-

nire all'esame microscopico dell'espettorato gli uncini od i frammenti di cuticola dell'echinococco.

Lo sputo a conserva di lampone o di ribes (Stokes), risultante dalla mistura intima fra il muco e del sangue più o meno ben conservato e che per lungo tempo venne considerato come patognomonico del cancro polmonare, non è nè precoce nè caratteristico dei neoplasmi. Più volte è stato riscontrato nella tubercolosi polmonare cronica (Darolles).

La vomica idatidea e l'espettorazione di cisti sono due evenienze che noi non prendiamo affatto in considerazione, poichè esse sono patognomoniche dell'echinococco polmonare nella fase di rottura: vanno però sempre ricercate con accuratezza, sia interrogando il malato, sia esaminando spesso l'escreato. Due volte ci è stato dato di porre la diagnosi, ancora incerta, dal semplice esame dell'espettorato, dove abbiamo riscontrato piccole vesciche figlie afflosciate, come bucce di uva, inavvertite dai pazienti.

Dai caratteri delle emottisi si può, secondo noi, trarre qualche presunzione diagnostica, in questo senso che le emottisi da echinococco, dipendendo dalla rottura dei piccoli vasi neoformati nell'avventizia della cisti durante gli stizzosi accessi di tosse, sono per lo più precoci, piccole, frequenti; mentre che le emottisi da neoplasmi, dipendendo da erosione dei vasi polmonari per l'azione infiltrante del tumore o da ulcerazione del tumore stesso, sono per lo più tardive ed abbondanti. Dirò a questo proposito che i neoplasmi del polmone, i sarcomi più dei carcinomi, presentano per lo più nel periodo iniziale una specie di capsula che li separa dal parenchima polmonare circostante (donde l'assenza di emottisi), e che solo tardivamente, rotta la barriera da cui erano contornati, assumono un andamento infiltrante, distruttivo, ulcerativo. Altro carattere importante è che, in caso di piccole emottisi, il sangue emesso nell'echinococcosi è rosso, rutilante, mentre quello emesso nei neoplasmi assume spesso l'aspetto scuro della conserva di lampone.

La dispnea e i dolori toracici sogliono mancare finchè la tumefazione è piccola ed endopolmonare. Però i dolori da neoplasmi sono più precoci, più tenaci, più intensi e si irradiano frequentemente alle braccia e alle spalle, cioè lungo i plessi brachiale e cervicale.

Lo stato di depressione, costantemente osservato da Chachereau nei portatori di echinococco (secondo noi dipendente dal timore di essere affetti da tubercolosi per le frequenti emottisi) è un sintoma troppo vago per essere preso in considerazione.

L'esame obiettivo può essere perfettamente identico nelle due malattie, poichè entrambe sono caratterizzate dalla presenza nel parenchima polmonare di un corpo ad accrescimento espansivo, il quale decorre in un primo momento del tutto latente. È evidente che questo periodo, come ben dice il Guimbellot, è fuori della storia clinica dell'affezione.

Ma quando la neoformazione, uscita dalla fase di latenza, comincia ad annunziarsi con sintomi funzionali, il reperto clinico può essere così vago o addirittura negativo da indurre anche osservatori accurati ad una diagnosi erronea di pleurite, tubercolosi, linfadenite tracheo-bronchiale, ecc. Si capisce bene che se la tumefazione è piccola, intraparenchimale, senza segni di reazione nel polmone circostante, mancano assolutamente modificazioni percussorie ed ascoltatorie, e, se un esame radioscopico non viene a portare un elemento di certezza, la diagnosi si può sospettare ma non porre con sicurezza. L'assenza di sintomi fisici, malgrado l'intensità dei disturbi funzionali, deve far sempre sospettare la presenza di un echinococco o di un neoplasma nel polmone.

La reazione del polmone circostante al corpo estraneo a tipo bronchitico o broncopolmonitico, come pure la reazione pleurica, a tipo di pleurite secca, quando la tumefazione affiora alla superficie polmonare, son sintomi che si possono riscontrare tanto nell'echinococco che nel neoplasma. Nell'echinococco la pleurite reattiva è quasi sempre secca (Escudero): se si forma del liquido, questo è chiaro, ricco di fibrina e contiene ordinariamente una grande quantità di cellule eosinofile. Nelle neoplasie la pleurite è più precoce (data l'estrema sensibilità del tessuto pleurico ai tumori) ed il versamento è ordinariamente emorragico.

Il sintoma di Carducci, segnalato per le cisti idatidee e consistente in un'ottusità relativa ed in un'ottusità assoluta inclusa nella prima in rapporto con la sfericità del parassita, può riscontrarsi anche nei tumori, ma molto tardivamente.

La sporgenza circoscritta della zona toracica corrispondente alla tumefazione è propria delle cisti idatidee; solo eccezionalmente la si è riscontrata nei tumori. Anzi, secondo alcuni autori, in questi si avrebbe il fenomeno opposto, cioè il restringimento degli spazi intercostali (segno di Queirolo-Vals); qualora esistesse, sarebbe un buon segno di presunzione contro l'echinococcosi.

La particolare frequenza del polso, osservata dal Buonomini nell'echinococco polmonare ed interpretata come fenomeno dovuto al fattore tossico idatideo, è un sintoma troppo vago per poter essere preso in considerazione.

La febbre è rara sia nell'echinococco che nei neoplasmi. In questi si hanno per lo più rialzi di

temperatura capricciosi, di breve durata e ad intervalli irregolari di tempo; nell'echinococco si possono vedere accensioni febbrili di qualche giorno di durata, forse come fenomeno tossico da esosmosi del liquido idatideo. Una febbre a tipo intermittente parla ordinariamente per una cisti suppurata.

Il rinvenire una lieve leucocitosi all'esame del sangue non dà nessun orientamento clinico, poichè questo segno è comune ad entrambe le affezioni: una forte leucocitosi depone più a favore di una cisti suppurata.

L'eosinofilia, specie se molto spiccata, è un buon segno di presunzione dell'echinococco: a questo sintoma però, non costante nè patognomonico, non bisogna attribuire eccessiva importanza, poichè, da una parte la sua assenza non può far respingere l'idea di una cisti idatidea, mentre la sua presenza è comune ai malati di echinococco, come a quelli affetti dalle più svariate malattie, compresi i tumori maligni (Lemièrre, Duval, casi nostri). È risaputo poi che essa scompare in genere rapidamente quando l'echinococco è suppurato.

Lo studio delle reazioni biologiche può apportare un valido contributo alla diagnostica dell'echinococco. Di esse le più importanti sono la intradermoreazione del Casoni e la prova di Ghedini-Weinberg: però nessuno dei due metodi è costantemente positivo. L'intradermoreazione può mancare sia per impedito assorbimento di antigene da particolare costituzione della parete cistica, sia per scomparsa della proprietà antigena (suppurazione); sia ancora per uno stato antianafilattico per eccessivo assorbimento di antigene. La reazione di Ghedini-Weinberg, per quanto incostante, è nettamente specifica: tuttavia è stata trovata positiva in qualche raro caso di tumore (per es. in un caso di carcinoma gastrico, in un caso di ipernefroma [Pontano], in un caso di neurofibroma polmonare [Sergent], ecc.). Le altre reazioni (di precipitazione, meiostagmica, di Abderhalden), applicate all'echinococcosi, sono state abbandonate, sia per la delicatezza e la difficoltà dei metodi, sia per l'incostanza dei risultati.

Disgraziatamente per i tumori non possediamo nessuna prova biologica atta a svelarcene la presenza o a farli differenziare da altri morbi: le prove (di deviazione del complemento, di precipitazione, del potere antitriptico, del potere citolitico, di enzimoreazione, d'intorbidamento all'oleato sodico, di labilità colloidale, meiostagmica, ecc.) applicate ai tumori, hanno dato dei risultati così poco fortunati da farli escludere senz'altro dai metodi abituali di laboratorio.

Di tutte le ricerche, quella che a noi sembra la più importante, per la precocità e la sicurezza del diagnostico, è lo studio radiologico del polmone. La cisti da echinococco chiusa ha un aspetto caratteristico: essa si presenta sferica od ovale ed i suoi contorni sono così netti, così precisi, a curva così regolare, che sembrano tracciati col compasso: inoltre l'opacità della cisti è così franca ed uniforme che non è dato mai di osservare in essa zone più opache e zone più chiare. Questa immagine è soprattutto caratteristica nelle cisti poste in pieno tessuto polmonare, circondate da ogni parte da tessuto bene aereato: allora essa è veramente come un disco o come un ovale scuro sospeso nel campo chiaro polmonare. Qualche volta dà l'immagine di un disco di luna piena sospeso in un cielo limpido (fig. 1).

I neoplasmi, specie i sarcomi ed i carcinomi circoscritti, si presentano spessissimo con la stessa forma sferica od ovale, ma, studiandone attentamente i contorni, si riesce a rilevare che questi non sono così precisi, a curva così regolare, come nell'echinococco, ma presentano qua e là delle lievissime irregolarità, delle incisure, delle depressioni, delle sporgenze che ne frastagliano il contorno e che devono essere attentamente ricercate poichè sfuggono facilmente ad un esame superficiale: per di più è raro trovare una uniformità nell'ombra data dal tumore così caratteristica come nella cisti (fig. 2). Altro segno importantissimo, che io ho potuto controllare anche all'autopsia, è questo che nei carcinomi possono essere invase precocemente da metastasi le linfoghiandole tracheo-bronchiali, le quali appaiono alla radioscopia come piccole tumefazioni rotondeggianti in corrispondenza dell'ilo del polmone. In un caso, all'autopsia, vicino al tumore primitivo, grande quanto un pugno, ho riscontrato due glandole metastatiche della grandezza di una ciliegia. Terzo carattere differenziale egualmente importante è questo: una tumefazione piuttosto grossa con disturbi subiettivi datanti da poco tempo deve far sospettare la natura neoplastica di essa, mentre una tumefazione piccola con disturbi subiettivi datanti da molto tempo depone più per l'echinococco. Ad ogni modo però l'errore diagnostico qualche volta, anche con l'analisi più sottile dei segni radiologici, è possibile; molti autori, (Sergent, Coyon, Claret, ecc.), con diagnosi radiologica di echinococco, hanno trovato invece un tumore maligno all'atto operativo.

Tralascio qui di riferire che nei neoplasmi possono aversi delle sindromi aggiunte per metastasi in altri organi (per es. cefalea, convulsioni, papilla da stasi per metastasi cerebrali, ecc.), poichè esse si presentano in genere tardivamente.

Da quanto abbiamo esposto emerge che la diagnosi differenziale precoce fra neoplasma ed echinococco del polmone offre difficoltà non lievi.

Fig. 1.

Fig. 2.

talora insormontabili per una perfetta sovrapposizione di sintomi. Il dubbio persisterà qualche volta anche dopo l'analisi più sottile dei segni clinici. Pur sapendo valutare l'organismo non in via di intuizione ma per mezzo di investigazioni dimostrative fatte con perizia tecnica, pur cercando di interpretare e collegare nei loro risultati con criterio scientifico, con metodo induttivo, analitico, il complesso dei sintomi rinvenuti, non si deve nascondere che nei singoli casi le condizioni derivanti da molteplici stati patologici possono essere più complesse, più atipiche e sottrarsi quindi all'interpretazione del più acuto diagnostico.

Roma, dicembre 1925.

SUNTI E RASSEGNE.

SISTEMA NERVOSO.

L'area corticale della lettura.

(L. BIANCHI. *Scientia*, luglio 1926).

Le indagini biologiche, filologiche e linguistiche hanno accumulate prove in favore dell'evoluzione parallela del linguaggio, del pensiero e del cervello. Mediante lo studio delle distruzioni anatomiche prodotte dalla malattia si sono messe in evidenza le tappe della formazione del linguaggio, così come la geologia mette in evidenza le fasi e le epoche di formazione della crosta terrestre. Quando il cervello subisce un arresto di sviluppo anche il linguaggio subisce un eguale arresto in una delle fasi che esso doveva percorrere. Nella lunga fila di frenastenici se ne trovano di quelli che non possono emettere che qualche grido o qualche suono monosillabico, di quelli che son capaci di emettere qualche parola di due sillabe, di quelli che si arrestano ad una fase più progredita ma che non posseggono l'inflessione grammaticale e hanno un linguaggio poverissimo.

I simboli grafici o scritti delle cose, dei pensieri, delle emozioni sono comparsi molto più tardi dei simboli acustici articolati: i geroglifici egiziani, la scrittura cuneiforme degli assiri sono tappe evolutive della scrittura e della lettura. Queste sono il prodotto relativamente recente dell'estensione della cultura ad alcune aree della superficie cerebrale, estensione analoga a quella che subiscono per effetto del lavoro umano le regioni incolte della superficie terrestre.

I differenti elementi costitutivi del linguaggio parlato e scritto sono emanazioni funzionali di aree corticali che possono essere considerate come terreni dissodati nelle immediate vicinanze delle aree fondamentali della funzione primaria. L'area uditiva che permette di udire e comprendere il linguaggio parlato dagli altri rappresenta l'estensione al lobo temporale dell'area uditiva primaria; l'area visiva che permette di vedere e comprendere il linguaggio scritto rappresenta l'estensione verso l'avanti dell'area visiva primaria. Le aree primarie, uditive e visive, trasmettono i loro prodotti alle aree uditive e visive del linguaggio, le quali forniscono il materiale necessario alla costruzione logica del pensiero ed alla sua espressione.

La lettura non è possibile se non in conseguenza della differenziazione del lavoro effettuatasi in un'area corticale con funzione visiva generale, la quale ha subito la specializzazione in seguito all'educazione ed all'esercizio della lettura. Quest'area è localizzata nel lobo parietale inferiore e si continua all'indietro con l'area visiva generale del lobo occipitale ed in avanti con la zona tattile.

Gli elementi raccolti dal Bianchi provano che le lesioni del lobo parietale inferiore producono:

a) negli analfabeti danni insignificanti relativi alla funzione tattile e alla visione generale,

b) negli individui, che sanno leggere e scrivere, ma sono incolti, gli stessi sintomi con la perdita della facoltà della lettura e della scrittura; diventano così analfabeti;

c) negli individui di alta cultura, oltre i sintomi delle due categorie precedenti, un arresto dell'attività mentale, culturale, in seguito alla perdita del patrimonio di conoscenze acquisite con la lettura.

I soggetti appartenenti a quest'ultima categoria non ricordano più nulla di quanto hanno appreso: un avvocato non ha più alcuna conoscenza dei codici; uno studioso ed ammiratore di Dante non ricorda un solo verso della *Divina Commedia*. L'attività mentale è abolita o arrestata. Questo complesso sintomatico è noto sotto il nome di *sindrome parietale* (*o di Bianchi*).

Per interpretare questi fatti conviene ricordare il meccanismo d'associazione tra il pensiero e la parola, quale risulta dall'analisi di numerosi casi d'afasia sensorio-acustica o sordità verbale. In questa condizione, che dipende da lesioni distruttrici della parte posteriore della prima e seconda circonvoluzione temporale sinistra, i pazienti non solo non comprendono il significato delle parole pronunziate da altri, ma, oltre ad avere altri disordini della lettura, della scrittura, dell'articolazione della parola, non sono capaci anche di evocare i simboli verbali acustici necessari alla costruzione del pensiero ed alla sua evoluzione secondo le leggi della logica. L'uomo così perde il patrimonio acustico del linguaggio, non può più evocare le parole, o può solo rappresentarsi

le più comuni ed in numero limitato secondo la gravità della lesione e il grado d'intervento dell'emisfero destro. L'area acustica del linguaggio possiede la facoltà di costruire, fin dalla prima infanzia, le parole pronunziate nell'ambiente nel quale si vive, di conservarle, ed utilizzarle nel complicato processo della formazione del pensiero, per modo che questo processo con la distruzione dell'area stessa viene ad essere soppresso. Il pensiero è arrestato allo stato potenziale, non può essere più formulato o espresso, perchè manca la forma sensibile con la quale è rappresentato alla coscienza ed espresso all'ambiente sociale. Avviene come d'un sistema d'orologeria il cui movimento si arresta quando una sola delle sue parti è rotta.

In tutti i casi d'afasia sensoriale esiste la percezione del mondo esterno ma non delle parole pronunziate da altri; l'afasico si rappresenta le cose utilizzando il patrimonio sensoriale acquisito nel corso della vita; formula giudizi brevi ed immediati sulle qualità e gli attributi delle cose e sul loro uso, così come fanno i mammiferi superiori, ma non può formulare una proposizione e meno ancora un periodo, la cui costruzione esige il concorso di nomi, verbi, aggettivi, che non sono più forniti alla coscienza dagli archivi rispettivi.

In questa condizione anche il linguaggio interiore è soppresso e l'intelletto ridotto alla rappresentazione sensoriale del mondo esterno, non ha nulla di comune con l'intelletto che analizza, associa, sintetizza e s'innalza alle più alte costruzioni mentali. L'intelletto resta nell'afasico al primo stadio. Ed è questo che costituisce il carattere fondamentale della *demenza afasica*.

Le lesioni dell'area parietale, dove risiedono i centri della lettura e della scrittura, provocano disordini gravi negli uomini che hanno continuato con la lettura a costituirsi un ricco patrimonio di conoscenze, e sono così riusciti a contrarre rapporti attuali e storici con il resto dell'umanità, rendono l'uomo colto un analfabeta, gli fanno perdere tutto ciò che egli aveva acquisito con la lettura, riducono notevolmente la sua capacità mentale.

Negli individui che per anni e anni hanno esercitato il loro lobo parietale, questo finisce per prendere parte notevole alla direzione del meccanismo del pensiero; la maggior parte dei ricordi invece d'affluire verso il lobo temporale, come avviene negli individui incolti, affluiscono verso il lobo parietale inferiore, al quale finiscono per convergere tutte le vie per le quali passa il prodotto del lavoro del cervello intero. E quando questa parte del cervello è distrutta, anche quando il malato ode e comprende chi gli parla, il processo dell'intelligenza si trova arrestato, il soggetto non ricorda più nulla di quel che ha appreso, conserva solo qualche conoscenza molto comune, ed è incapace di formulare proposizioni e periodi ben composti.

Le numerose osservazioni raccolte dal Bianchi gli consentono di concludere:

1) Il linguaggio e l'intelligenza sono legati l'uno all'altro da rapporti tanto intimi che quando il linguaggio manca, l'intelligenza subisce una riduzione ed un arresto;

2) Nella generalità degli uomini il meccanismo di formazione e d'espressione del pensiero si svolge, mediante l'area acustica del linguaggio, nel lobo temporale sinistro;

3) Negli uomini che hanno un patrimonio culturale acquisito con la lettura, questo meccanismo di formazione e d'espressione si svolge, mediante l'area visiva grafica, in gran parte nel lobo parietale inferiore;

4) Il lobo parietale inferiore, di valore modestissimo per l'intelletto negli analfabeti, nei quali la sua distruzione produce solo disturbi visivi e tattili elementari, acquista un'alta dignità mediante la lettura e la scrittura. La distruzione di questo lobo (emorragia o rammollimento) produce negli individui colti una varietà di demenza analoga a quella che un focolaio di distruzione della zona fasica del lobo temporale produce nella generalità degli uomini;

5) Il cervello evolve parallelamente alla differenziazione del lavoro umano, perfezionando le sue singole attività, acquistando nuove funzioni.

DR.

Ciclotimia e ciclostenia.

(BENON R. *Le Bulletin méd.*, 40e année, n. 34, 1926).

Per cercare di chiarire i concetti su quegli stati psico e neuropatici descritti sotto il nome generico di ciclotimia, Benon, seguendo J. Tastevin, crede necessario fare una netta distinzione fra i disturbi della emotività e quelli della energia nervosa (*force nerveuse!*). Ai primi solamente conviene il nome di distimie acquisite o costituzionali (ipertimie, ipotimie, paratimie e ciclotimie); i secondi, invece (disturbi della energia nervosa), che costituiscono spesso dei fenomeni secondari ed accessori, meriterebbero il nome di ipostenia (o astenia), di iperstenia (mania degli autori) e rispettivamente di ciclostenie o ciclodistenie quando sono periodici.

Bisogna poi non confondere le vere ciclodistimie con le alternative di eccitazione e di depressione psichica, di gioia e di dolore che possono presentarsi sotto l'influenza di cause esteriori in quasi tutti gli individui, per quanto più frequen-

temente nei soggetti iperemotivi. Le vere ciclotimie, invece, insorgono bruscamente senza cause apparenti e costituiscono delle vere psicosi. Nelle prime, cioè negli stati distimici che si manifestano sotto l'influenza di cause esteriori e che rappresentano dei disturbi intermittenti del carattere e dell'umore, non si può parlare, in verità, di stati periodici, poichè l'alternarsi di periodi di normalità con periodi distimici è subordinato alla periodicità dei comuni agenti esteriori e determinanti. Le ciclotimie vere, che sopraggiungono senza cause apparenti, sono costituite essenzialmente da periodi di stati depressivi, o dolorosi, o di ansia, ovvero da crisi del tipo isterico periodiche insorgenti senza motivo, o anche dalla fame, dalla sete o dalla nausea periodiche, ecc.

Anche le ciclostenie o ciclodistenie vere vanno distinte dai disturbi stenici (spossatezza nervosa) intermittenti, constatabili molto facilmente sotto l'influenza di cause esteriori, spesso morali (dispiaceri, contrarietà, noie, preoccupazioni, ecc.), i quali possono essere seguiti da un periodo di eccitazione, o di uno stato di ansietà o di una fase di eccitamento o di gaiezza, ecc. Le ciclodistenie vere, invece, si producono senza cause apparenti e non sono altro che le psicosi periodiche degli autori. Esse, se si vuole, rappresentano delle forme leggere delle distenie periodiche, sono cioè forme attenuate o fruste della astenia-mania alterna, della astenia periodica (depressione melanconica dei vecchi autori), della iperstenia periodica (ipomania periodica), o anche della asteniamania circolare.

La cura è differente a seconda si tratti di ciclotimia o di ciclostenia. Nei ciclotimici, nei quali i disturbi insorgono per cause esteriori, si ottengono buoni risultati con la psicoterapia e con le distrazioni; nei distimici veri, invece, le cure sono quasi di nessuna efficacia. Nei ciclostenici, nei quali gli accessi di depressione nervosa sono legati a note cause morali, il metodo di cura più efficace consiste nel riposo prima e nella psicoterapia dopo. Nei casi di ciclostenia vera la guarigione dei disturbi è spontanea e certa, ma è anche certa la recidiva.

Nei ciclostenici si può somministrare il fosforo, l'arsenico, la stricnina, il ferro, la chinina, ma bisogna ricordarsi che il riposo è il rimedio essenziale. I bromuri, il veronal, l'oppio, la joscina hanno la loro indicazione a differenti dosi, in tutti i suddetti neuropsicopatici, ma il loro effetto non è uguale nei vari soggetti. Bisogna ricordarsi, poi, che spesso lo stato di alcuni ammalati di questa specie può essere aggravato dalla somministrazione intempestiva o inopportuna di certi medicinali.

G. AYALA.

La nevralgia del trigemino e la sua cura.

(BORDIER. *Presse Médicale*, 18 settembre 1926).

Wolf classifica in cinque gruppi le nevralgie del trigemino:

1) la nevralgia volgare o essenziale;

2) il tic doloroso tipico, varietà spastica della nevralgia epilettiforme di Trousseau;

3) forma risultante dalla modificazione dei due tipi precedenti, e che è la cosiddetta nevralgia ribelle;

4) la nevralgia artificiale provocata da iniezioni di alcool praticate per curare una nevralgia preesistente;

5) forma atipica, nevralgia oftalmica, che predomina nella donna.

La cura della nevralgia del trigemino può essere etiologica e sintomatica, alla quale ultima si ricorre più comunemente, perchè la forma essenziale, ossia da causa ignota, è la più frequente.

I metodi di cura sintomatica possono distinguersi in tre gruppi:

1) preparati analgesici somministrati per via interna o d'applicazione locale esterna;

2) interventi di piccola o grande chirurgia: iniezioni locali analgesiche o modificatrici; sbrigliamento o resezione del ganglio di Gasser e del ganglio cervicale superiore, neurotomia retrogasseriana, strappamento delle tre branche del trigemino;

3) agenti fisici: elettro-radioterapia, corrente faradica e di Morton, statica, alta frequenza, diatermia.

La galvanizzazione fino a pochi anni or sono era la più adoperata. Le forme leggere guariscono, di regola, mentre quelle gravi migliorano più o meno durevolmente, sempre che si facciano applicazioni prolungate (45' a un'ora e mezza) e con correnti di forte intensità (80-100 m. A.). Recentemente il metodo è stato modificato con l'introduzione medicamentosa di ioni salicile, chinina e aconitina, ma l'esperienza non è ancora sufficiente per giudicare l'efficacia di questo metodo.

La roentgenterapia esercita azione sedativa. E' consigliabile per i suoi effetti rapidissimi, al principio nelle forme molto violenti, o secondariamente quando abbiano fallito altre cure.

La diatermia sembra dia risultati più sicuri quando sia correttamente applicata. Essa esercita un'azione in profondità più energica della galvanizzazione, non solo per i suoi effetti termici ma anche per gli effetti elettrici dovuti alle oscillazioni dell'alta frequenza non smorzate ed alla loro azione su gli ioni e le particelle colloidali dotate di carica elettrica. Quantunque i risultati si debbano attribuire in parte a modificazione dei sintomi, pure la diatermia influenza direttamente

lo stato di nutrizione del nervo e dei suoi involucri. Essa agisce in modo complesso, calmando l'eccitabilità delle terminazioni sensitive, eccitando la nutrizione dei tessuti, favorendo il riassorbimento degli essudati infiammatori.

Secondo Wolf la diatermia agisce più efficacemente sui primi due gruppi della sua classificazione, ossia nella nevralgia essenziale e nel tic doloroso, provocando la guarigione in due o tre settimane. Nella nevralgia ribelle del terzo gruppo dà risultati temporanei; rimane inefficace nel quarto gruppo, recidive in seguito ad iniezioni di alcool, e nel quinto gruppo, che comprende i casi atipici della nevralgia della branca oftalmica.

Sabertou ha ottenuto la guarigione d'un tic doloroso con la diatermia combinata alla ionoterapia medicamentosa. Kowarschik ha avuto guarigioni nelle forme acute e recenti, mentre nelle nevralgie croniche ha avuto solo un miglioramento, ma mai la scomparsa completa del dolore. Bordier ha ottenuto, mediante la diatermia, la guarigione di una nevralgia sintomatica consecutiva ad estrazione di dente del giudizio con strappamento dei rami nervosi e iniezioni d'alcool nel nervo dentario. La nevralgia che interessava il nervo mascellare inferiore durava da otto mesi con accessi dolorosi quotidiani che avevano profondamente alterato il sistema nervoso e lo stato generale dell'inferma. Dopo il fallimento di tutti i rimedi analgesici fu adoperata la diatermia, che dopo 15 sedute fece sparire del tutto il dolore.

La tecnica per le applicazioni varia secondo gli autori. Sabertou pone sulla parte dolente un elettrode spongioso imbevuto di soluzione di cloruro di sodio al 5 per cento, e l'altro elettrode più grande di stagno o piombo sul petto o sulla spalla al lato medesimo della nevralgia. Oppure adopera e ricopre il territorio nevralgico con sottili lamine di stagno fissate con fasce avvolte intorno alla testa in modo da assicurare il perfetto contatto con la pelle; l'altro elettrode pure di stagno e di grandi dimensioni viene applicato al dorso.

Wolf applica gli elettrodi sulla regione oculare, qualunque sia la branca dolorosa, in modo da interessare i gangli della base. Fa passare correnti di 800-1000 m. A. per 20 minuti tutti i giorni.

Bordier ha adoperato come uno degli elettrodi il rullo spongioso umettato. Nella prima metà della seduta si passa il rullo sul territorio nevralgico aumentando progressivamente l'intensità della corrente fino a tolleranza. Dopo 10 minuti la pelle diventa rossa e calda; si sostituisce allora il rullo con un elettrode di lamina flessibile di stagno. Si può anche adoperare il rullo metallico nudo, che è così efficace in altre nevralgie (sciatica, nevralgia intercostale).

DR.

CUORE E VASI.

Lo stato attuale della chirurgia del cuore.

(Colpo d'occhio d'insieme)

In un articolo assai schematico O. Coquelet, su *Le Scalpel* (n. 26-28-29, 1926), così riassume le conoscenze attuali su questo argomento:

A) La chirurgia del cuore è di data recente. Ancora Billroth alla fine del secolo scorso era decisamente contrario ad intervenire su questo nobile organo. Farina fu il primo nel 1896 ad osare una sutura di una ferita recente del cuore; ma il malato morì.

Più fortunato fu il Rehn l'anno seguente. In seguito i tentativi si moltiplicarono e il Tuffier nel 1920, in uno degli ultimi Congressi della Società Internazionale di Chirurgia, riferì di 305 casi, tratti da diverse fonti, operati con il 50.4 % di successi.

B) Lo sviluppo della chirurgia del torace è legata agli apparecchi ad ipo- e iperpressione destinati a combattere il collasso polmonare. Ad essa sono legati i nomi di Tuffier, Quenu, Matas, Delorme, Brauer.

C) La possibilità di evitare il collasso polmonare mortale di solito negli animali da laboratorio, permise una larga messe di lavori sperimentali, non solo sul polmone, ma anche sul cuore. Furono perfino provocate con successo delle stenosi mitrali (Bernheim, 1909) guarite con la valvulotomia successiva. Jäger in una stenosi aortica sperimentale girò l'ostacolo creando una derivazione tra il ventricolo sinistro e l'aorta mediante un trapianto di un frammento di giugulare. Allen nel 1922 propose l'impiego di un endoscopio in chirurgia cardiovascolare.

Allo stato attuale delle nostre conoscenze gli interventi sul cuore si possono classificare come segue: 1) interventi intracardiaci per lesioni valvolari; 2) suture delle ferite recenti del cuore; 3) interventi extracardiaci per affezioni intrinseche del cuore e dei suoi inviluppi: *a*) toracectomia precordiale decompressiva; *b*) drenaggio dei versamenti pericardiaci; *c*) pericardiolisi e cardiolisi; *d*) pericardectomia; *e*) riparazione plastica del pericardio.

D) Interventi sul sistema nervoso del cuore. (Angina di petto): sopratutto la resezione del simpatico cervico toracico.

A) *Interventi intracardiaci per lesioni valvolari.*

METODI E LAVORI DI ALLEN.

1) Questo autore in una serie di lavori aveva tentato di prolungare quel brevissimo tempo di circa un minuto primo che avevano avuto a loro

disposizione Carrel e Tuffier nei loro interventi sulle valvole sulle quali lavoravano a cielo aperto. Egli aveva tentato di servirsi di una circolazione artificiale, ma inutilmente, poichè gli animali morivano non di anemia cardiaca, ma di anemia cerebrale. Durante i suoi esperimenti però egli ebbe campo di persuadersi della possibilità di usare un cardioscopo. Ed infatti dopo numerosi tentativi Allen ha costruito un cardioscopio costituito da un tubo di un centimetro di diametro portante nel suo interno una lampadina. Una lente piano convessa chiude l'estremità distale del tubo e porta in una sua scanalatura una lama triangolare mobile comandata dall'esterno ed agente in modo da produrre una ferita solo al suo ritorno. In questo modo individuando una stenosi si può, nell'interno del cuore sezionare quel tanto di valvola che basti onde permettere il ripristino delle condizioni idrauliche più vicine alla norma. Queste si possono desumere da un manometro inserito ad un rubinetto e che attaccato al cardioscopio, pesca nell'interno della cavità cardiaca.

Il punto migliore per penetrare nel cuore per attaccare le valvole mitrali è l'appendice auricolare sinistra. Tale intervento non rappresenta una acrobazia chirurgica — almeno nei cani —: perfino e anche persone inesperte non trovano eccessiva difficoltà ad usare l'endoscopio.

2) Cuttler, rimproverando ad Allen di eseguire una operazione inutile o per lo meno superflua, ha voluto sull'uomo sostituire alla valvulotomia, una larga toracotomia (sezione dallo sterno dal II spazio intercostale in giù e poi dalle parti molli fino all'ombelico: sezione del diaframma, sezione delle valvole con un coltellino speciale). In 5 casi umani solo il 1° è sopravvissuto, poco beneficando dell'intervento. Gli altri sono morti poco dopo l'operazione.

L'operazione di Allen è assai più semplice: ha il vantaggio di richiedere una breccia assai piu piccola, non disturba se non in grado minimo il normale ritmo del cuore, non lascia nè coaguli nè aderenze, non si accompagna ad emorragia, si esegue sotto il controllo della vista.

Cuttler sosteneva che le condizioni favorevoli nel cane si perdevano nell'uomo ma l'unico caso, purtroppo operato in extremis e morto alla fine dell'operazione, dimostrò che tali preconcetti erano erronei. Del resto anche Cuttler ha adottato un cardioscopio che rassomiglia assai a quello di Allen; la discordanza persiste sulla via da seguire e su questo l'esperienza dirà la sua ultima parola.

Sembra però che la semplice sezione sia preferibile nei casi di sinechie valvolari, la loro parziale asportazione nei casi di calcificazione. Paragonando infine i disturbi consecutivi ad una valvulotomia e quindi alla produzione di una insufficienza con quelli legati ad una stenosi, per la quale si è intervenuti, si vede come tutto induca ad ammettere per la vita del paziente come più favorevole la nuova condizione indotta dall'intervento.

I casi più favorevoli per l'intervento sono naturalmente quelli più recenti, ove la stenosi non ha avuto campo di provocare ancora disturbi definitivi.

B) *Suture delle ferite recenti del cuore.*

A seconda la direzione dell'emorragia si ha un versamento esterno, un emotorace, un emopericardio che può essere precoce o tardivo, ma che si accompagna sempre a disturbi cardiaci. Non dimenticare mai di ricercare la cianosi sovrapposta alla anemia. Stabilita la lesione cardiaca occorre agire rapidamente: resezione della IV cartilagine costale sinistra, sutura con fili su aghi montati della breccia cardiaca tenendo il cuore nel palmo della mano. Non usare mai pinze emostatiche.

C) *Interventi extracardiaci per affezioni del cuore e dei suoi inviluppi.*

Tuffier ha proposto ed eseguito con successo una vera toracectomia parziale resecando II, III, IV, V, ed anche VI cartilagine con due o tre cm. di costa vicini nei casi nei quali si poteva supporre l'esistenza di una *ipertrofia essenziale del cuore*. I sintomi definenti l'indicazione operatoria sarebbero una sporgenza assai netta nella regione precordiale; dei dolori che si accentuano durante la digestione, il cammino, o lo sforzo, tali da costituire una vera e propria infermità (vere crisi di asistolia).

Pericardite. È questa più che altro una complicazione di una malattia infettiva: in 1° luogo reumatismo e tubercolosi. Occorre in questi casi una diagnosi precoce senza ricorrere alle punture che possono riuscire pericolose o fornire dati inesatti (aderenze anteriori, pericarditi incistate).

La puntura va condannata anche come mezzo curativo e deve cedere il posto ad un intervento più radicale: la pericardiotomia mediana, previa sternotomia secondo Rehn, con l'applicazione di due drenaggi, uno dietro le cave, verso sinistra l'altro. Si può con Eiselsberg applicare al malato durante la medicatura una maschera a pressione differenziale, con il vantaggio di agevolare lo scarico del pus e di impedire la penetrazione dei germi nella ferita.

È meglio astenersi dai lavaggi.

Nelle forme sterili o tubercolari Souligoux aveva proposto la creazione di una comunicazione permanente tra il pericardio e la cavità addomi-

nale, ma questa idea non ha trovato molti aderenti.

Più elegante appare la soluzione di Jacob che istituisce una comunicazione lassa tra pericardio e connettivo sottocutaneo venendo così a provvedere: ad un drenaggio permanente, ad evitare contemporaneamente la comunicazione con l'esterno, causa nella maggior parte dei casi di infezione secondaria per lo più inevitabile.

D) *Cardiolisi e pericardiolisi.*

La constatazione che la semplice obliterazione dello spazio pericardico poteva causare disturbi sibili a quelli da insufficienza valvolare avanzata, indusse Delorme a proporre ed altri ad eseguire la pericardioschisi o cardiolisi intrapericardica. (Liberazione e distruzione per via ottusa delle aderenze).

Rimproverando a questa operazione la possibilità di un ripristino delle aderenze stesse, Brauer propose l'asportazione di una parte di un piastrone osseo.

Klose onde evitare il ripristino delle aderenze tentò sperimentalmente con successo dei trapianti liberi di grasso, di fascia lata; nell'uomo sembra che il metodo corrisponda bene.

Sarebbe utile conoscere e diagnosticare prima dell'intervento la sede e l'estensione delle sinechie pericardiche intra o extra pericardiche semplici o complicate. Ma ciò è sempre assai difficile, spesso impossibile. Comunque è bene aggredire il pericardio mediante l'incisione ad H di Mignon e Delorme che mette al riparo da qualunque sorpresa permettendo sempre un intervento opportuno (intervento diretto sul pericardio o toracotomia precordiale decompressiva).

E. MINGAZZINI.

Sulla allacciatura preliminare dell'arteria carotide esterna.

(HERFARTH. *Zentr. f. Ch.*, 1926, n. 18, p. 1106).

La allacciatura preliminare della carotide esterna in caso di gravi interventi sulla lingua e di operazioni simili viene in genere considerata e raccomandata come un metodo scevro da complicazioni. Recenti esperienze della clinica di Küttner dimostrano invece che a questa allacciatura possono seguire alle volte delle alterazioni cerebrali. In un materiale straordinariamente grande di carcinomi boccali furono osservati negli ultimi anni 3 casi di emiplegia mortale in seguito ad allacciatura della esterna, la cui causa si doveva ricercare in una trombosi di questo vaso con embolia secondaria delle arterie cerebrali. Nell'ultimo caso osservato — di un esteso carcinoma della lingua — fu allacciata la carotide esterna destra. Sedici giorni dopo questa legatura intervenne completa emiplegia sinistra in seguito a leggero abuso di alcool che il paziente fece durante l'ora della visita dall'esterno. Dopo 4 giorni il malato era morto e l'autopsia diede il seguente reperto.

L'allacciatura è situata correttamente sulla carotide esterna al di sopra della diramazione della tiroidea superiore. Un trombo si estende in direzione retrograda entro il lume dell'esterna fino ad un cm. al di sopra della biforcazione dell'arteria comune. L'interna è libera. Alla diramazione dell'arteria cerebrale media risiede un embolo della grossezza di un pisello. Indubbiamente, per effetto della circolazione sanguigna s'è staccato un embolo dal trombo fisiologico — forse anche col favore della eccitazione alcoolica — e retrogradamente, lungo la carotide esterna, la comune e l'interna fu lanciato nell'arteria cerebrale media.

Poichè, in seguito a revisione della letteratura e del materiale proprio, alterazioni cerebrali in seguito ad allacciatura dell'esterno sembrano essere relativamente rare, non bisogna, secondo l'A., ravvisare in esse una controindicazione alla suddetta legatura, tanto più che questa si pratica solamente per affezioni della lingua maligne o minacciose, casi cioè nei quali anche il rischio di una complicazione può bene essere accettata. Bisogna tuttavia esservi preparati e, di conseguenza, bisogna limitarne strettamente le indicazioni.

È consigliabile di allacciare quanto più si può al di là della tiroidea superiore e inoltre bisogna tenere il malato in assoluto riposo per almeno 2-3 settimane dopo l'allacciatura e risparmiargli qualsiasi eccitazione.

Se poi adoperando per l'allacciatura dei lembi di fascia la trombosi possa essere evitata, l'A. non sa dire.

B.

TUMORI.

Osservazioni anatomiche e cliniche sui tumori misti della glandola sottomascellare.

(ROUFFART-THIRIAR. *Archives Franco-Belges de Chirurgie*, giugno 1925).

L'A. da sette casi fattigli studiare dal prof. Lecène rileva i fatti caratteristici anatomici e clinici dei tumori misti della glandola sottomascellare.

Anatomia patologica. Sono molto complessi per la varietà di tessuti riscontrati. Gli elementi quasi costanti sono cellule epiteliali e mesenchimali, varianti in quantità da caso a caso. Le prime sono poco differenziate e a disposizione la più capric-

ciosa, le più frequenti sono quelle a tipo glandolare e il tumore allora si presenta ricco di cavità o vuote o piene di una sostanza colorabile col mucicarminio o contenenti un coagulo d'aspetto colloide. Le seconde mettono capo a grosse gallerie cellulari che penetrano nello stroma e vi si perdono. Lo stroma è anch'esso d'aspetto molto vario; il più spesso è costituito da ammassi di fibrille collagene molto dense e contenenti qualche rara cellula. Abitualmente si trova, fra gli elementi dello stroma, del tessuto cartilagineo, che molto spesso costituisce la parte essenziale del tumore.

Patogenesi. Allo stato attuale delle conoscenze scientifiche non si può ammettere, come in moltissime teorie, che questi tumori si sviluppano da elementi glandolari della glandola adulta. Glandola e tumore infatti sono nettamente separati da una capsula, senza continuità, nè gli elementi epiteliali ricordano la cellula glandolare normale della glandola sottomascellare. Sembra più probabile che siano dovuti alla regressione dell'apparecchio branchiale. Qualche fessura branchiale può sparire incompletamente; questo resto in qualche momento, senza causa determinante manifesta, può dar luogo all'insorgenza di questi tumori misti. Wilms ed Hinsberg furono i primi ad ammettere la teoria dei germi embrionali inclusi nella glandola. Nati da inclusioni ectodermiche e mesenchimali della regione cervico-cefalica e osservati sopratutto presso gli sbocchi delle glandole salivari, i tumori misti sono del tutto analoghi ai nei materni: per lungo tempo benigni, possono d'un tratto svilupparsi enormemente ed anche evolversi verso una certa malignità.

Evoluzione clinica. L'accrescimento lento, la capsula propria, l'assenza di infiltrazione dei tessuti vicini e dei gangli parlano per un neoplasma benigno. Questo per una gran parte della loro evoluzione e non è da escludersi una possibile degenerazione maligna sia verso un epitelioma che verso un sarcoma. Questa degenerazione è molto frequente trattandosi di tumori a cellule giovani e poco differenziate. S'iniziano come piccoli noduli, su cui l'attenzione vien portata per caso: per un'angina, una carie, o, specie nelle donne, per ragioni estetiche. Non danno vero dolore, nè gran fastidio; Morestin infatti comunicò nel 1905 al Congresso francese di Chirurgia un tumore misto della sottomascellare che pesava 6 chili e non aveva dato alcun segno di malignità. La glandola quasi sempre conserva la sua funzione, si possono avere soltanto fenomeni di compressione a suo carico. La trasformazione maligna si annunzia con un cambiamento brusco nell'accrescimento del tumore, che diventa doloroso, aderente e ad accrescimento rapido. L'invasione dei gangli vicini non è costante.

Diagnosi differenziale. Non bisogna confonderli con un ganglio linfatico ipertrofico, e bisogna ben distinguerli dalle monoadeniti. La diagnosi è molto difficile se il tumore modifica i suoi caratteri duro-cartilaginei in zone edematose e formazioni pseudo-cistiche. Bisogna ben guardare le vie digerenti e aeree superiore per una possibile confusione con noduli metastatici da neoplasmi di queste regioni. L'epitelioma primitivo della glandola è raramente osservato: Delamoy in tutto ha raccolto dalla letteratura una ventina di casi.

Trattamento. Asportazione del tumore e della glandola, eccetto quando il tumore è bene incapsulato e non è degenerato. Se il tumore si intova nella glandola, asportare anche questa perchè tanto essa è atrofica. Se c'è degenerazione vuotare ampiamente la loggia sottomascellare e le stazioni linfatiche vicine.

G. ANNICCHIARICO-PETRUZZELLI.

La riduzione chirurgica del tessuto soprarenale nella cura del cancro inoperabile.

(R. STEPHAN. *Deutsche Zeits. f. Chir.*, vol. 195, pag. 170, a. 1926).

L'A., direttore della Clinica medica di Francoforte s/M., ha studiato accuratamente tutti i casi di carcinomi inoperabili da lui fatti curare con la röntgenterapia. Ha visto così come vi fosse una grandissima differenza nel modo di reagire anche trattandosi di tumori dello stesso tipo e della stessa sede. Pensò allora che l'effetto della radioterapia non fosse un'azione diretta distruente sulle cellule neoplastiche, ma bensì un'azione indiretta sull'organismo stesso. La causa della efficacia o meno della terapia doveva risiedere in un quid che esistesse nei casi che risentivano l'azione dei raggi mentre doveva mancare in quelli che si rilevavano come refrattari. Sottopose tutti i malati a numerose ricerche, in special modo la conta dei globuli rossi, la formula leucocitaria, la velocità di sedimentazione, il dosaggio della glicemia e del contenuto in albumina del siero e il dosaggio dei fermenti coagulativi. In conclusione ha osservato che i casi refrattari alla radioterapia erano caratterizzati da aumento della pressione del sangue e da policitemia.

Secondo le ricerche moderne risulta che la sede dei poteri di reazione dell'individuo è rappresentata dal sistema del ricambio materiale (di Aschoff), cioè dal sistema reticolo-endoteliale in senso stretto, dagli endoteli dei capillari e dal sistema connettivale di cui gli istiociti fissi e mobili ne sono i rappresentanti cellulari. Ogni potere di resistenza dell'organismo avrebbe sede

in questo complesso, dal suo potere funzionale dipenderebbe la sorte dell'organismo leso. In esso si formerebbero gli anticorpi, alcune sostanze sarebbero capaci di aumentarne il valore funzionale, così la triploflavina, la proteinoterapia, la malaria nella cura della D. P., la radioterapia, ecc., agirebbero in questo modo. Sperimentalmente venne dimostrato che vi è un rapporto tra sistema reticolo-endoteliale e secrezione interna della capsula surrenale nel senso che un aumento nella secrezione di questa, porta a una diminuzione del potere funzionale del sistema reticolo-endoteliale. È possibile di misurare la funzione del surrene per mezzo del dosaggio del fermento proteolitico del siero, con la conta dei globuli rossi e con il dosaggio della bilirubina nel siero.

La misura diretta del valore funzionale del sistema di Aschoff è data dalla quantità del fermento proteolitico del siero, si dimostrà così che quanto è più violenta la difesa dell'organismo tanto più alti sono questi valori.

La prova dell'esattezza di queste idee è fornita dalla patologia umana.

Vi sono due malattie dove il dosaggio di questo fermento dà valori costanti: il massimo nell'anemia perniciosa, il minimo nella poliglobulia, nel primo caso il valore funzionale del reticolo endoteliale è spinto tanto oltre da arrivare al patologico, nel secondo è all'opposto bassissimo. In questi casi si può dimostrare netta l'azione della secrezione interna del surrene perchè la asportazione unilaterale di una capsula guarisce la poliglobulia, il suo innesto la anemia perniciosa finchè il trapianto resta vitale.

Nei carcinomi inoperabili refrattari all'irradiazione esistono i segni di una iperfunzione della surrenale: si può pensare quindi che una sua diminuzione possa fare scomparire la refrattarietà.

Lo Stephan, guidato da queste idee ha fatto asportare una capsula surrenale in questi malati. Ha osservato dopo l'operazione un abbassamento del numero dei globuli rossi e un aumento del potere proteolitico del sangue; contemporaneamenti questi pazienti reagivano fortemente a dosi inferiori di un terzo a quelle che prima non determinavano nessun effetto, le metastasi e gli altri sintomi dipendenti regredivano come negli individui che reagivano bene alla radioterapia. In 11 casi nonostante la grave cachessia non si è potuta dimostrare alcuna alterazione regressiva della capsula surrenale asportata, in un solo caso esisteva una atrofia di alcune zone di essa; questo starebbe ad indicare che non tutte le parti della capsula hanno lo stesso valore funzionale ma vi potrebbe essere una differenza analoga al reperto istologico normale.

Nessuno dei malati trattati è guarito; ciò dipende, secondo l'A., dal fatto che si tratta di individui in tali condizioni in cui una cura anche se efficace può avere valore di miglioramento non di guarigione. D'altra parte è necessario risolvere alcuni quesiti; p. es., quanto tessuto surrenale è necessario di togliere? che parte? e vi sono ancora altri quesiti aperti! Statistiche delle società di assicurazioni sulla vita hanno dimostrato che la mortalità è minima negli individui ipotesi (meno di 100 mm. di Hg); vi è in questi una ipofunzione della surrenale? È possibile di abbassare il potere di funzione della surrenale con altri mezzi? Si è dimostrato che l'insulina iniettata a piccole dosi in topi li rende immuni nei trapianti di tumori, nell'uomo stesso la radio terapia profonda dei tumori maligni dà con essa migliori risultati; recentemente si è parlato in modo deciso di un antagonismo funzionale tra insulina e ormone surrenale, e sperimentalmente si sono descritte lesioni molto notevoli dei surreni dopo cura insulinica.

VALDONI.

Cancro della mammella precoce e tardivo.

(G. CHEATLE. *Practictioner*, aprile 1926).

Nel cancro della mammella l'esame del seno può far rilevare:

1) un'intumescenza circoscritta;

2) delle masse sparse;

3) fuoriuscita di sierosità o di sangue dal capezzolo;

4) la pelle del capezzolo ulcerata o retratta.

La retrazione può accadere per aderenza col tumore immediatamente sottostante, per interessamento dei legamenti di Cooper, che giungono alla pelle, e, retraendosi, la traggono seco raggrinzandola, per interessamento della fascia del gran pettorale, con fissazione del seno a questa struttura, e trazione indiretta sulla pelle.

Vanno poi ricercate anche eventuali alterazioni delle linfoglandole ascellari e sopraclavicolari Va esaminato anche l'addome, per rilevare lo stato del fegato, delle ovaie, una eventuale ascite, e va tenuto conto delle condizioni generali, dell'emaciazione, dell'anemia.

I casi più avanzati possono presentarsi come un grosso tumore con pelle aderente; o come un seno molto atrofico, con capezzolo assai retratto, ed una piccola ulcera a margini netti e duri, infossata, al disopra di una piccola intumescenza; o come un seno con pelle raggrinzata e superficie irregolare, che non lascia rilevare una definita intumescenza.

Quest'ultimo aspetto, raro, è più facile a confondersi con una mastite cronica: si tratta generalmente di un carcinoma delle parti terminali dei dotti, e degli acini. Le ghiandole ingrossate possono per compressione determinare un ingorgo della giugulare esterna o un lieve edema della faccia interna del braccio. Per diffusione del tumore si ha talora una pleurite, o un ingrandimento del fegato o delle ovaia, talora con ascite.

Tutti questi casi avanzati non sono suscettibili di efficace trattamento. Si possono sostenere le speranze dicendo, come è vero, che in molte migliaia di casi qualcuno guarisce spontaneamente, e che si puo trovare un rimedio contro il cancro da un giorno all'altro; inoltre con terapie più o meno suggestive (iniezioni di anticorpi, raggi X). Si può anche prendere in considerazione, nei casi adatti, l'asportazione del tumore mammario per evitare l'ulcerazione.

Se il processo non è molto avanzato, le condizioni generali sono buone, le ghiandole sopraclavicolari non sono interessate, l'operazione, pur non essendo radicale, permette una sopravvivenza media di cinque anni circa. L'intervento deve rimuovere il tumore e le prossime stazioni glandolari. Bisogna evitare la compressione del tumore per non facilitare le metastasi; per lo stesso motivo conviene lavare la ferita con sublimato 1 a 500, che distrugge tutte le cellule libere; a tale scopo anzi alcuni adoperano il cauterio.

Un'intumescenza della mammella con precoce raggrinzamento della pelle è un carcinoma che sorge dagli acini; un tumore solido, non lobulato, sorge dai dotti. In questi casi, pur essendo rispettate le ghiandole prossimiori, fu spesso trovato tessuto canceroso intorno alla vena ascellare: pertanto anche in questi casi la prognosi è molto riservata, pur essendovi possibilità di guarigione.

L'escissione di prova può facilmente determinare disseminazioni e metastasi e va evitata: l'intervento deve essere completo, e comprendere le stazioni ghiandolari viciniori.

DORIA.

CENNI BIBLIOGRAFICI

Dott. LORENZO PEZZOTTI. *Teorie e pratica nella diagnosi clinica e radiologica della tubercolosi polmonare.* Vicenza, tipogr. Rumor, 1926, pag. 331. L. 25.

È un libro che merita di essere segnalato: se il libro, secondo le intenzioni dell'A., non è destinato ai tisiologi ma ai medici pratici, in realtà è un libro che sarà utile non solo al medico pratico, ma allo specialista e allo studente il quale troverà riunite, senza sfoggio soverchio di erudizione, ma con ricordi succinti, quanto dovrebbe con sforzo ricercare nei più grossi trattati. È vero che qua e là non tutte le affermazioni potrebbero essere sottoscritte ma l'A. ammonisce che il libro è frutto della sua esperienza personale e l'A. dichiara francamente che il lettore può così essere libero di tenerne il conto che crede.

Ma quello che è certo è che il libro esce dalla solita falsariga dei trattati e i problemi più complessi appaiono — sotto l'esperienza giornaliera del malato — ridotti nelle loro giuste dimensioni. I problemi più moderni appaiono nel libro bene assimilati e discussi e specialmente nel loro giusto punto di vista sotto tracciati i rapporti fra esame clinico e radiologico: è accennata, se non sviscerata, la questione della diagnosi precoce radiologica della tubercolosi polmonare e della diagnosi anatomo-radiologica; ma il libro è naturalmente non destinato al radiologo il quale se deve essere padrone delle finezze della semeiotica radiologica non deve affatto ignorare la semeiotica clinica e giustamente l'A. mette in rilievo il fatto che il radiologo non deve essere un unilaterale. È perciò che anche noi leggiamo con piacere la parte riguardante l'esame del malato perchè qua e là affiorano osservazioni che dimostrano non solo la competenza dell'A. nel campo clinico ma la conoscenza delle difficoltà che si incontrano quando si voglia interpretare il fatto obbiettivo e accordarlo col reperto radiologico.

Una prima parte del libro comprende l'*anatomia patologica* (9-29) e la *tisiogenesi* e i *processi immunitari* (29-55); la seconda parte l'*anamnesi*, la *ispezione*, la *palpazione*, l'*ascoltazione*, la *percussione*, l'*esame generale del malato*, gli *esami speciali* (55-171); la terza parte riguarda l'*esame radiologico* (171-229); la quarta parte tratta della *febbre e dell'emoptoe*, dell'*atelettasia* e dell'*enfisema*, della *sclerosi polmonare* e delle *pleuriti* (229-293); chiude il libro un piccolo capitolo sulla *valutazione analitica dei singoli sintomi e sintesi diagnostica* (293-303) e una accurata bibliografia.

Prof. EUGENIO MILANI.

L. CHEINISSE. *Les Médicaments cardiaques.* Masson éd. Paris. Fr. 14.

Quest'opera postuma di Cheinisse sarà accolta con benevolenza dal pubblico medico, che conosceva l'A., attraverso le brillanti sintesi terapeutiche pubblicate nei periodici francesi. Dalla digitale, allo strofanto, alla scilla, alla sparteina, all'adonis, al mughetto, all'olio canforato, all'adrenalina, alla chinina, alla chinidina, tutte le medicazioni cardiache sono passate in rapida rassegna; con felice sintesi l'A. fa tesoro di quanto la moderna cardiologia ha aggiunto alla conoscenza dei vecchi e dei nuovi rimedi.

Sono precisate le indicazioni e l'azione farmacologica, sono stabilite le dosi e la forma medicamentosa; questi dettagli saranno assai bene accetti al medico pratico, che ad ogni istante si trova alle prese col cardiaco, bisognevole di assistenza e di cura medicamentosa.

T. PONTANO.

A. LECLERCQ. *Les Angines de poitrine et leur traitement.* Doin éd., Paris. Fr. 15.

È il sesto volume della collezione « Les maladies de la cinquantaine ». L'A. divide le angine in tre categorie: *a*) cardiosclerosi e sclerosi aortica; *b*) aortiti; *c*) ateroma cardioaortico. A questi tre gruppi fa seguire una breve trattazione delle angine funzionali.

Prognosi e cura sono regolate secondo il tipo dell'angina.

Questa divisione, che vorrebbe essere una sistemazione clinica del capitolo delle angine, non è che una organizzazione arbitraria delle forme di angor, senza che dall'indirizzo seguito dall'A., ne guadagni la visione del malato. Troppi elementi dubbiosi e troppe contraddizioni, nelle quali il medico ogni giorno s'imbatte, sono a piè pari saltate dall'A. per comodità di classifica. Nè è possibile passare sotto silenzio la disinvolta sicurezza con cui l'autore taglia netto sui problemi e sui tentativi della cura chirurgica. Il libro de' Leclercq dà l'impressione che sia nato vecchio. Esso però si legge volentieri; chi scrive sa rendere piacevole qualunque argomento anche astruso.

T. PONTANO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medico-Chirurgica di Napoli.

Seduta dell'11 luglio 1926.

Presidenza: prof. RODOLFO STANZIALE, Vice-pres.

Sopra una streptotrix termofila patogena.

Dott. GUGLIELMO ASCIONE. — Da una delle sorgenti ipertermali di Agnano fu isolata una *streptotrix*, vegetante fra i 45°-65° C., con ottimo di sviluppo sui 55° C. Per tali proprietà la *streptotrix* isolata è termofila obbligata. Le colture allestite successivamente con la stessa acqua, prelevata in vari periodi, hanno dimostrato che questo germe si trova costantemente nell'acqua ed è la sola specie isolata. Strettamente acrobia, non produce spore, coltivata sull'agar e sulla patata alcalinizzata.

È patogena per la cavia. Le iniezioni peritoneali di germi vivi conducono a morte gli animali inoculati in un periodo variabile dai 5 ai 15 e più giorni, con gravi sintomi di intossicazione. Le indagini condotte per deteminare il meccanismo dell'azione patogena hanno dimostrato che questo germe uccide la cavia per un veleno eminentemente tossico, contenuto nell acellula batterica. L'azione patogena differenzia la *streptotrix* isolata dalle altre termofile, finora descritte.

Il glicogeno nei carcinomi dell'utero.

Dott. G. TESAURO. — Tutti i metodi finora usati per la estrazione e la determinazione del glicogeno, compreso quello classico di Pflüger, prescrivevano il tagliuzzamento dei tessuti prima di sottoporli all'ulteriore trattamento, tagliuzzamento che causava, sia per il tempo occorrente, sia per gli stimoli meccanici inflitti alle cellule, trasformazione e quindi scomparsa di una certa quantità di glicogeno. L'O. descrive un micrometodo per la determinazione del glicogeno in piccole quantità di tessuto, che non vengono tagliuzzate ma invece sottoposte solo al minimo possibile di stimoli, e sono preventivamente fissate in alcool assoluto, che mentre è un mezzo, nel quale il glicogeno è del tutto insolubile, d'altra parte annulla in modo definitivo ogni attività enzimatica cellulare, evitando così, anche nell'ulteriore trattamento, la scomparsa di glicogeno per processi glicolitici. Per una rapida pesata si utilizza la bilancia di torsione.

Con questo metodo sono state eseguite determinazioni di glicogeno in sei carcinomi dell'utero e vi se ne è trovato in media g. 0,759 % di residuo secco (minimo 0,622 %; massimo 0,919 %). Si stabilisce infine che anche nell'uomo (come era già dimostrato per i tumori sperimentali dei polli e dei topi) avviene la fissazione del glicogeno nel tessuto carcinomatoso come sostanza di riserva per il peculiare metabolismo di sperpero delle cellule neoplastiche.

A. CHISTONI, *segretario.*

Società Medico-Chirurgica della Romagna.

Seduta del 19 settembre 1926.

Presidenza: Prof. S. SOLIERI.

Considerazioni clinico-operatorie su di un caso di distacco precoce della placenta normalmente inserta.

PASINI U. (Alfonsine). — L'O. riferisce di una donna, secondipara, d'anni 38, nefritica, intossicata, nella quale si ebbe il quadro classico del distacco precoce della placenta normalmente inserta.

Di fronte allo stato minaccioso per la vita della madre, nella speranza di salvare il feto, l'O. procedette alla *cesarea-classica conservatrice*: la donna fu salva, ma non così il feto, che non fu possibile rianimare.

L'O. discute le ragioni, per le quali dette la preferenza alla via alta (ammalata nefritica intossicata, ma non infetta — speranza di salvare il feto); però non può negare che in certi casi sia da preferirsi la isterectomia subtotale precesarea, preconizzata dal SOLIERI.

Isterectomia totale precesarea.

GINNASI A. (Faenza). — L'O. riferisce su di un caso di gravidanza a termine in donna di 33 anni affetta da grossi nodi fibromiomatosi del collo uterino, presentatasi all'Ospedale Civile di Faenza dopo tre giorni dalla rottura delle acque e dopo aver subito parecchi riscontri vaginali. Stabilita l'impossibilità all'espletarsi di un parto per via vaginale fu deciso l'intervento per via addominale praticando l'*isterectomia totale precesarea.*

Pure essendo stata eseguita altre volte l'isterectomia sub-totale precesarea (SOLIERI), l'ablazione totale dell'utero gravido non consta sia ancora stata praticata. Il caso è notevole anche perchè l'indicazione alla condotta operatoria era precisa ed assoluta.

L'esito fu dei più brillanti perchè si salvò la vita alla madre e al neonato.

SOLIERI S. (Forlì). — La isterectomia precesarea, intervento di facile esecuzione per chi operi con tecnica disciplinata e sicura, ha avuto nelle mani dell'O. e di quanti l'hanno praticata esito felice costante per la madre e per il feto. Ha per indicazioni le indicazioni stesse del taglio cesareo conservativo *qualora si abbia ragione di ritenere che la matrice sia stata inquinata.* L'O., che sin dalla sua memoria illustrativa (*Morgagni*, N. 5, Parte II, 1922), ha escluso di voler elevare a metodo tale intervento, insiste tuttavia sulla opportunità di esso a giusta indicazione, sempre che la donna od i parenti di lei non si rifiutino, data pure la inettitudine al parto naturale, alla demolizione dell'apparecchio genitale interno.

Resezione di un tratto di tenue e di quasi tutto il grosso intestino in seguito ad invaginamento.

SOLIERI S. (Forlì). — La paziente, che trovasi in condizioni ottime di salute, fu operata d'urgenza 7 mesi fa di resezione di 35 cm. di intestino tenue e di tutto il crasso sino a metà del sigma per invaginazione ileo-colica manifestatasi nel decorso di una appendicite subacuta. La svaginazione non era stata possibile causa l'edema enorme del cieco. La continuità del tubo intestinale fu ripristinata a mezzo di ileo-sigmoidostomia latero-laterale. Il decorso postoperatorio fu semplicissimo, il circolo intestinale si ripristinò al terzo giorno spontaneamente. La operata, che si nutre di ogni alimento con appetito, è cresciuta di peso ed ha ora alveo regolare con defecazione quotidiana di feci poltacee, mentre era stata sempre una stittica ostinata costretta a prendere ogni giorno lassativi.

Tenuta di recente in osservazione per otto giorni, le feci si sono mostrate normali, senza residui alimentari non digeriti. L'esame del tubo digerente, praticato radiologicamente, dopo somministrazione di pasti opachi e di clisma, dimostra la stomia stabilita assai ampia e bene funzionante. L'ultima ansa del tenue si è fatta ectasica per funzione vicaria e così pure la poca parte residua del grosso intestino.

Rara manifestazione di eredo-lue in lattante di sei mesi.

GALLI P. e GHETTI G. (Faenza). — Riferiscono intorno ad un bambino, nato da genitori giovani, entrambi a R. W. negativa, il quale a 6 mesi di età presentò insieme a fatti generali di natura sifilitica, un ingrossamento al lato destro del collo. L'evoluzione e i caratteri presentati dalla lesione fecero ammettere inequivocabilmente trattarsi di una gomma, e infatti la cura specifica colla guarigione rapida e decisa apportata, confermava la diagnosi.

Data l'età del bambino la gomma è manifestazione rarissima, essendo ordinariamente un prodotto della sifilide ereditaria tardiva; quindi gli OO. ricercarono la spiegazione del fatto in due ipotesi e cioè o notevole e speciale resistenza del bambino oppure virus attenuato. Non potendo ammettere la prima, gli OO. ammettono la seconda che può spiegarsi con una sifilide di seconda generazione, essendo i due nonni paterni sicuramente sifilitici.

Il Segretario: Dott. PAOLO GALLI (Faenza).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Il gozzo: errori etiologici e terapeutici.

Il gozzo non deve essere considerato come una banale tumefazione al collo, e non deve essere sempre trattato a base di iodio o con la tiroidectomia.

Bisogna invece che il medico si renda ben conto dell'etiologia in ogni singolo caso, applicando poi la terapia adatta.

I. Bram (*Endocrinology*, vol. X, n. 2, 1926), dall'esame di molte centinaia di simili malati, accenna agli errori principali in cui può incorrere il pratico.

Se, per esempio, un gozzo neoplastico ben incapsulato deve essere completamente asportato, una semplice ipertrofia o un gozzo colloide, nei quali lo studio del metabolismo basale svela già un certo grado di ipotiroidismo, devono essere trattati medicalmente, somministrando, per esempio, dell'ormone tiroideo. Nel gozzo esoftalmico invece si ricorrerà al chirurgo, il quale asporterà la tumefazione in parte o in tutto.

Non è poi vero che il gozzo sia necessariamente una malattia della ghiandola tiroide. Nelle regioni in cui non esiste il gozzo endemico, una ipertrofia tiroidea od anche un gozzo colloide possono essere in rapporto ad uno stato premestruale, all'adolescenza, alla gravidanza, all'eredità, ad una infezione generale o locale, a intossicazione intestinale, o ad altre condizioni estranee alla ghiandola. La guarigione spontanea è infatti qui frequentissima.

Nè è vero che ogni gozzo tossico sia da riportarsi a fatti di « ipertiroidismo ». Il gozzo esoftalmico, infatti, non è dovuto ad ipertiroidismo, bensì a distiroidismo.

Le prove del metabolismo basale non rappresentano qualcosa di infallibile, potendosi commettere con l'istrumentario usuale molti errori. Il valore massimo di tali prove si ha solo per la conferma della guarigione.

La tachicardia che accompagna il gozzo non è sempre dovuta alla tirotossiemia. Non bisogna infatti dimenticare che il soggetto malato di gozzo può essere contemporaneamente affetto da tachicardia parossistica o da cardiopatia; come pure può coesistere uno stato febbrile che provoca l'azione rapida del cuore; od anche può trattarsi di soggetti eretistici ed apprensivi, sui quali ha influsso la paura del medico; come pure, infine, potrà talora trattarsi di disturbi puramente meccanici da compressione circolatoria o respiratoria.

Non tutti i gozzi richiedono la cura chirurgica. Se infatti esistono gozzi chirurgici, quali i neoplastici, e quelli che provocano disturbi compressori sugli organi vicini, esistono pure dei gozzi medici, quali, le semplici ipertrofie, i gozzi colloidi, le iperplasie dell'età pubere, il gozzo esoftalmico.

Per questo secondo gruppo non è poi sempre indicata la terapia iodica, la quale deve essere prescritta direttamente dal medico, a scanso di peggioramenti nello stato generale e nelle condizioni della ghiandola.

Una denominazione da cambiare dovrebbe essere quella di « gozzo esoftalmico », perchè in tale malattia l'ingrossamento tiroideo non è che un fatto secondario, che può anche far difetto, alla stessa guisa dell'esoftalmo. Sarebbe quindi più giusto parlar sempre di « malattia di Basedow o di Graves ». Parimenti tale malattia non dovrebbe essere trattata con la somministrazione di iodio, nè con la tiroidectomia. Ambedue i mezzi non apportano il benefizio voluto, e il medico non otterrà la guarigione che con il riposo, la dieta, l'elettroterapia, la psicoterapia e i medicamenti appropriati.

M. FABERI.

L'importanza clinica dell'ipotiroidismo.

Mac Caskey (*Amer. medic.*, marzo 1926), ricorda, oltre i soliti segni di ipotiroidismo (cute secca e ruvida, obesità, torpore mentale, ecc.) anche i segni seguenti, spesso presenti:

miastenia cardiaca;
tachicardia da fatica;
ipotensione;
ipotermia:
cuore voluminoso, che poco diminuisce nella sistole;
arteriosclerosi e nefrite;
torpore dei riflessi tendinei;
diminuzione dei polinucleati;
sindromi cerebellari;
diminuita resistenza alle infezioni.

Questi segni hanno specialmente valore se associati a un basso metabolismo basale.

DORIA.

Il gozzo esoftalmico nell'infanzia.

Il gozzo esoftalmico è assai raro nella prima infanzia, ma diviene abbastanza comune coll'avvicinarsi della pubertà. La forma di gozzo adenomatoso con ipertiroidismo non si riscontra invece mai in tale età.

Lo studio del metabolismo basale dimostra che non esiste rapporto tra la gravità dei sintomi oculari e il grado della disfunzione tiroidea.

Trenta casi sono stati studiati nello spazio di 5 anni nella clinica Mayo da H. M. Helmholz (*Journ. A. M. A.*, vol. 87, n. 3, 1926). Nella maggior parte la malattia durò un anno, ma tale durata si protrasse anche fino a 6 anni. In più della metà i sintomi si manifestarono intorno ai 10 anni.

Tali sintomi possono raggrupparsi in due categorie: quelli dipendenti da una eccessiva produzione di tiroxina, e quelli dovuti probabilmente alla secrezione di un prodotto anormale della ghiandola tiroide, consistente forse in una molecola di tiroxina incompletamente iodizzata.

Così si riscontrerà, da un lato: aumento del metabolismo basale, tachicardia, polifagia, aumento della temperatura superficiale e della perspirazione, esauribilità nervosa; e, dall'altro lato: sintomi oculari e nervosi e crisi, talora mortali

Tra i sintomi oculari predomina l'esoftalmo tipico della malattia. I fenomeni nervosi sono rappresentati dall'esagerata irritabilità, dall'esauribilità e dai movimenti coreici. Le crisi, infine, consistono in diarrea, vomiti e prostrazione.

In complesso, dunque, la sintomatologia nel fanciullo corrisponde a quella nell'adulto, e la diagnosi si basa sugli stessi punti.

L'elemento diagnostico più importante è però forse rappresentato, nei casi lievi, dall'effetto dello iodio sui sintomi nervosi.

Più difficile sarà distinguere il gozzo esoftalmico e le ipertrofie tiroidee di adolescenti femmine, accompagnate da stati di nervosismo e da facile esauribilità. Qui, però, lo iodio non esercita influsso modificatore, al contrario di quanto avviene rapidamente con l'estratto tiroideo.

M. FABERI.

Effetti dell'estratto del lobo anteriore dell'ipofisi sullo sviluppo dei fanciulli.

H. Gardiner-Hill e J. Forest-Smith (*Lancet*, 21 luglio 1926) ricordano anzitutto che l'ablazione o il danno del lobo anteriore dell'ipofisi negli animali produce deficienza di sviluppo sessuale e scheletrico, e secondo alcuni anche obesità, mentre la somministrazione, anche per via orale, dell'estratto di detto lobo, accelera la crescita e lo sviluppo, pur senza portare a vero gigantismo. L'ablazione ha influenza sulla tiroide, provocandone prima l'iperplasia, e dopo qualche settimana l'ipoplasia: ha influenza sulle ghiandole genitali, provocando una sindrome di infantilismo.

Gli AA. hanno somministrato per bocca l'estratto pituitario anteriore ad alcuni fanciulli con infantilismo, e, per quanto lo permette loro lo scarso numero di casi trattati, concluderebbero che tale somministrazione influenza l'accrescimento nei casi di infantilismo con epifisi non ancora saldate, è utile contro certi casi di infantilismo di lieve grado con amenorrea, inoltre ha influenza sulla curva della glicemia, in quanto, dopo somministrazione di glucosio, la glicemia si eleva meno di quanto normalmente si osserva.

Di tale comportamento della glicemia non sanno dare sufficiente spiegazione.

DORIA.

Pericoli e inconvenienti della terapia insulinica.

W. Schemensky (*Munchn. med. Wochenschr*, n. 23, 1926), nota che nella maggior parte dei casi la cura insulinica è priva di pericoli, e specialmente se eseguita razionalmente e prudentemente. Si deve però prima d'intraprendere la cura insulinica studiare bene il singolo ammalato, osservare come la cura dietetica influenzi il ricambio degli idrati di carbonio e stabilire la tolleranza e la reazione individuale verso l'insulina, spesso differenti da caso a caso. Specialmente nel caso di diabetici nervosi con sistema vegetativo labile si deve cominciare la cura con dosi piccole ed aumentarle gradatamente. Si evita in tal modo il pericolo dello shock, inconveniente osservato dall'autore in una diabetica di 42 anni, dopo una prima iniezione di 10 unità. Anche nel caso di diabetici tubercolosi conviene essere prudenti. La cura insulinica permette di evitare al tubercoloso l'inanizione coi suoi disastrosi effetti sul processo tubercolare; però l'insulina stessa in alcuni casi sembra influire in modo dannoso sull'infezione tubercolare.

L'autore osservò in parecchi casi un rapido progresso del processo tubercolare fino allora rimasto stazionario in seguito alla somministrazione di dosi medie di insulina (10-40 unità) a diabetici tubercolosi. In uno dei casi il processo tubercolare ebbe decorso tanto acuto da portare a morte il paziente entro tre settimane.

POLLITZER.

Azione paradossa dell'insulina.

In un diabetico di 67 anni, trattato con 3 iniezioni giornaliere di 20 unità di insulina, lo zucchero urinario sceso a 10-14 grammi al giorno, salì nella seconda settimana di trattamento, improvvisamente a 55; il giorno seguente a 105 ed il successivo a 220. Si sviluppavano frattanto i sintomi dell'acidosi, dimostrata anche dall'elevato contenuto in acetone ed in acido diacetico. Un tentativo di aumentare di molto l'insulina (160 unità in 4 ore) rimase inefficace; lo zucchero sanguigno

era di 0,28 a 0,32; quello urinario il doppio di quello introdotto con la nutrizione. Poche ore dopo l'ultima iniezione di insulina, si ebbe un'eruzione di pomfi di urticaria con leggera elevazione della temperatura.

Venne sospesa l'insulina e messo il malato a dieta di legumi e grasso e poi, in considerazione dei disturbi dispeptici, a dieta di avena. Dopo qualche giorno, si ebbe un graduale miglioramento e, dopo una settimana, il ritorno alle condizioni primitive, con l'eliminazione giornaliera di 25-40 grammi di glucosio.

In seguito, la ripresa della cura con l'insulina nuovamente dimostrò la refrattarietà del malato a tale cura.

E. Foerster (*Medizinische Klinik*, 28 maggio 1926) nel riferire questa osservazione, rileva che l'individuo era predisposto all'anafilassi e che in lui l'iniezione dell'insulina estranea aveva bloccato la produzione di quella del suo organismo il quale, anche in seguito, non fu più capace di usufruire dell'insulina estranea. *fil.*

Le iniezioni endovenose di bicarbonato di sodio nella tetania.

I.-A. Sicard, J. Paraf e Ch. Mayer (*Soc. médicale des hôpitaux*, 15 luglio 1926), in 4 casi di tetania, nettamente caratterizzati dai segni clinici, hanno veduto retrocedere gli accidenti in seguito ad iniezione endovenosa di bicarbonato di sodio a 20/1000. Si trattava in un caso di un bambino di tre anni (contrattura permanente delle mani e dei piedi con accessi convulsivi, senza però laringospasmo nè fenomeni oculari; iniezione di 250 cmc. della soluzione). Negli altri tre casi si trattava di donne con carcinosi gastrica od intestinale; in tutte le iniezioni (di 500 cmc.) hanno fatto scomparire gli accessi di tetania.

L'azione di queste iniezioni può sembrare paradossale se, per spiegare i fenomeni della tetania si ammette la teoria puramente chimica dell'alcalosi, ma essa invece si spiega se si pensa che all'origine immediata della convulsione tetanica esiste una modificazione umorale analoga a quella dello « shock » emoclasico, sul quale, come è noto, le iniezioni di bicarbonato di sodio hanno azione favorevole.

In causa della causticità del sale le iniezioni debbono essere strettamente endovenose.

fil.

Il trattamento della spasmofilia.

La spasmofilia si traduce con diverse manifestazioni cliniche, quali il laringospasmo, l'eclampsia, la tetania, le tetanie fruste ed anche i cambiamenti nello psichismo del poppante.

La diagnosi di questa sindrome si fa con:

1) il *segno di Erb*: ipereccitabilità dei nervi al passaggio della corrente galvanica. Va considerata come segno di tetania ogni scossa all'apertura della corrente galvanica dell'intensità minore di un milliampère al polo positivo, oppure minore di 5 M. A. al negativo;

2) Il *segno di Chvostek*. Si percuote con il dito o con il martelletto il punto di mezzo della linea che va dall'apofisi zigomatica alla commessura labiale; si determina così una contrattura dei muscoli innervati dal facciale. Si può anche fare la percussione in corrispondenza del nervo peroneo (segno di Lust) oppure un po' al disopra del polpaccio (movimento brusco del piede in alto ed all'infuori), oppure sul nervo radiale in mezzo al lato esterno dell'avambraccio (segno di Hoffa);

3) *segno di Trousseau*. Comparsa di contratture tetaniche alle estremità sotto l'influenza della compressione dei vasi alla radice dell'arto. È uno dei migliori segni di tetania.

Profilassi. Igiene generale severa, abbondanza di aria, di luce, di sole; possibilmente alimentazione materna.

Terapia d'urgenza. Evitare tutte le manovre che possono spaventare o snervare il malato (esame della gola, molte persone nella stanza). Testa leggermente elevata mediante cuscini; gettare un po' d'acqua fredda sul viso, fare delle trazioni ritmiche della lingua e dei movimenti di respirazione artificiale. Negli attacchi gravi, bagni tiepidi, clisteri, compresse fredde sulla fronte; se lo spasmo si prolunga, clisteri di 2-30 cmc. di acqua contenente 50 cg. di cloralio; in certi casi, inalazioni di poche gocce di cloroformio o di etere.

Importante è la calcioterapia sotto forma di somministrazione di cloruro di calcio, a dosi di 3-6 grammi al giorno; talvolta i fenomeni spasmodici migliorano e scompaiono in poche ore. Il calcio però si elimina rapidamente; è quindi necessario fissarlo, mediante la somministrazione di olio di fegato di merluzzo fosforato (a 0,01 %).

G. Mouriquand e Bertoye (*Journal de médecine de Lyon*, 20 febbraio 1926) insistono anche sulla grande utilità dei raggi ultravioletti che agiscono facendo aumentare il contenuto in calcio nell'organismo e favorendone la fissazione. Le irradiazioni si fanno su tutto il corpo incominciando con brevi esposizioni ed aumentando gradatamente la durata. In principio si ha una perdita di peso che può essere notevole. Questa terapia va messa in opera il più presto possibile.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sensibilizzazione da proteine alimentari e dermatosi.

Alcune dermatosi possono riconoscere la loro origine in uno stato di ipersensibilità generale anafilattica da proteine alimentari. Tale ipersensibilità può essere dimostrata dalle indagini sulle reazioni umorali dell'individuo sensibilizzato: cutireazione, eosinofilia, crisi emoclasica, trasporto passivo nell'animale.

G. Del Vivo (*Giornale Italiano di dermatologia e sifilologia*, 1926, fasc. III) ha ricercato sistematicamente i segni della ipersensibilità anafilattica in 50 ammalati, presentanti forme dermatologiche diverse, ed ha trovato positivi per la forma anafilattica il 28.57 % dei casi nell'orticaria, il 37.5 % nello strofulo, il 33.33 % nell'eczema, il 30 % nella prurigine di Hebra.

La sensibilizzazione da proteine alimentari riconosce come fattore principale uno squilibrio delle funzioni intestinali, che permette il passaggio in circolo di albumine eterogenee. Quasi tutti i soggetti presentano infatti una storia positiva per quello che riguarda turbe dell'apparato digerente. Ma, oltre le lesioni anatomiche e funzionali dell'intestino, altre cause (alterato equilibrio umorale, disfunzioni endocrine, alterata costituzione), predisponendo l'organismo alle dermopatie, fanno sì che l'acquisito stato di sensibilizzazione rivesta necessariamente la forma della ipereattività cutanea.

Nel campo pratico, la cutireazione, pur non avendo un valore assoluto, è un indice prezioso per la ricerca della ipersensibilità anafilattica, ma valore anche maggiore ha la prova del comportamento delle dermatosi di fronte alla soppressione ed alla somministrazione dell'alimento incriminato. Essa da sola è sufficiente a confermare il reperto dato dalla cutireazione.

La soppressione dell'alimento incriminato e la terapia desensibilizzante possono beneficamente influenzare gl'individui sensibilizzati. TOSCANO.

Sulla "esaltina" dell'avitaminosi in vitro.

Sotti, coltivando su terreni avitaminati dei germi attenuati, era riuscito a restituire loro la primitiva virulenza; egli affermava che ciò era dovuto a un quid da lui chiamato « esaltina » che si riusciva ad isolare dializzando i terreni avitaminati. F. Tallo (*Igiene moderna*, n. 3, 1926) controllando queste ricerche conclude: *a*) i terreni di cultura preparati dal brodo-riso-brillato sottoposto alla dialisi, comunque adoperati, ostacolano lo sviluppo dei due ceppi del 1° vaccino anticarbonchioso; *b*) i prodotti dializzabili (cristalloidi) del brodo-riso-brillato non contengono nessun principio attivo capace di riattivare la virulenza del 1° vaccino anticarbonchioso. C. E.

Fotoattivazione di principii alimentari.

S. Hamano (*Proc. Imper. Accademy*, Tokyo, febbraio 1926) ricorda che per primo K. Takahashi, nel 1924, osservò che la « biosterina », preparato contenente la vitamina A in stato di forte concentrazione, sensibilizza le lastre fotografiche; che quest'azione viene rafforzata considerevolmente dall'esposizione ai raggi ultra-violetti; che la colesterina, i grassi vegetali ed altre sostanze si comportano in modo analogo; che le sostanze così trattate manifestano una decisa azione antirachitica, azione che va perduta con lo sparire della fotoattività.

La morte del valente studioso giapponese ha interrotto queste brillanti ricerche, le quali hanno avuto molta ripercussione.

L'A. fornisce ora una conferma di esse. Egli ha ottenuto la fotoattivazione di olio di fegato di merluzzo, olio d'oliva, acidi grassi e loro sali di calcio, canfora, borneolo, mentolo, ecc. La fotoattività andava riducendosi in ambiente privo di raggi ultra-violetti, ove era completamente perduta dopo 98 ore.

Ha trovato che anche i raggi X sono in grado di produrre lo stesso fenomeno; resta a vedere se le sostanze trattate con i raggi X siano dotate anche di azione antirachitica. L. V.

Fotoattivazione del colesterolo.

O. Rosenheim e T. A. Webster (*Biochemical Journal*, 1926, p. 537) trovano che il colesterol è reso antirachitico dall'esposizione ai raggi solari come a qualsiasi altra sorgente di raggi ultravioletti; la stabilità del colesterol attivato è resa molto maggiore dall'assenza di ossigeno. Dal colesterol attivato si è ottenuto, mediante precipitazione con digitonina, una sostanza amorfa capace di prevenire il rachitismo nei ratti alla dose di un centesimo di milligrammo *pro die*.

L. V.

Sulla genesi dell'arteriosclerosi.

K. Löwenthal (*Mediz. Klinik*, 14 maggio 1926) considera accertato che l'arteriosclerosi è in dipendenza di colesterolemia. Nei conigli si riesce a provocare lesioni arteriosclerotiche anche senza elevare di molto la soglia della colesterolemia. L'A. è riuscito a produrle, fornendo del colesterolo *per os*, insieme a copiosa alimentazione proteica, o dopo castrazione.

Contrariamente ad altri autori, egli ha trovato lesioni arteriosclerotiche in giovani soggetti con lipemia. L. V.

VARIA.

Gli effetti delle pulci sull'uomo.

Sebbene la pulce sia uno degli ectoparassiti più diffusi ed abbia notevole importanza per la trasmissione di malattie, quali soprattutto la peste, la sua azione sull'uomo è stata ancora poco studiata. Le pulci esercitano anzitutto uno stimolo meccanico per il loro spostarsi in diverse parti del corpo ed irritano il loro ospite mediante la puntura.

Ma più notevole è l'effetto della puntura. All'introduzione delle parti boccali della pulce nella pelle, l'uomo avverte una puntura, senza prurito; si forma poi una macchia rossa, con un centro colorato. La « roseola pulicosa » consta di tre cerchi concentrici; a quello esterno rosa-pallido, sottilissimo tanto che non è sempre percepibile, segue quello medio, largo, di colore rosso vivo ed, all'interno, una macchia fortemente colorata.

Tale è l'aspetto subito dopo la puntura; ben presto, il cerchio rosso diventa più pallido, la macchia invece più scura. Poi l'alone scompare del tutto e ne rimane una macchia puntiforme bluastra, « purpura pulicosa », che corrisponde alla puntura, che non scompare con la pressione del dito e che rimane per 2-3 giorni. Negli individui punti continuamente da molte pulci, si vede tutto il corpo coperto da numerosissime macchie quasi confluenti, a diversi stadi.

Negli individui con cute molto sensibile, poi, le manifestazioni non si limitano a quelle descritte ma, specialmente nei bambini, si ha la formazione di pomfi ed anche di urticaria.

Z. N. Pawlosky e A. K. Stein (*Archiv. f. Schiffs-, Tropen-Hygiene*, vol. 29, n 8) hanno fatto pazienti ricerche per vedere quale fosse la parte della pulce che determina tali fenomeni. Hanno quindi isolato i diversi organi della pulce (stomaco, intestino, tubi malpighiani, ovaie) ed hanno veduto che l'iniezione di essi provoca la formazione di una vescicola, circondata da un cerchio rosso, ma non già la formazione della porpora. Questa è invece data dalle ghiandole salivari che, nella pulce dell'uomo sono in numero di due, piriformi delle dimensioni di mm. 0.17 per 0.1; ancor più piccole sono quelle della pulce del cane (mm. 0.08). L'emulsione di 10-20 di tali ghiandole, in soluzione fisiologica, determina la purpura pulicosa, che però non si ha se l'emulsione si fa bollire.

Interessante è anche lo studio istologico della cute con la macchia di pulce. Si rileva che la puntura di questa provoca una dilatazione dei vasi cutanei che si riempiono di emazie. Questa iperemia attiva provoca il colore rosso vivo del cerchio medio. L'edema dei tessuti perivasali dà la comparsa del cerchio esterno, mentre il colore di quello interno dipende dall'accumulo di emazie nei tessuti e nei vasi e subisce dei mutamenti col riassorbimento dell'emoglobina delle emazie che si distruggono.

In complesso l'azione della puntura di pulce appare più debole che non quella della puntura del pidocchio, sia del capo che del corpo, la quale determina delle modificazioni di carattere infiammatorio-necrotico con degenerazione del tessuto, ciò che spiega il diverso quadro clinico che si ha per la puntura del pidocchio.

Quanto all'azione degli organi della pulce, che non siano le ghiandole salivari, si può dire che essa sia praticamente insignificante, perchè nello schiacciamento della pulce stessa può penetrare nelle eventuali piccole lesioni della pelle una quantità troppo piccola per poter dare qualsiasi manifestazione esterna. FILIPPINI.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

CORSONELLO PASQUALE. *Sul valore della reazione novocaino-formalinica sul sangue per la diagnosi della tubercolosi polmonare.* — Napoli, Stab. Tip. Elzevira, 1925.

D'ARBELA FELICE. *Studi sopra l'equilibrio acido-base del sangue.* — Firenze, Carpigiani & Zipoli, 1925.

DE FAVENTO PIERO. *Della guarigione della sifilide.* — Milano, Coop. Grafica degli Operai, 1925.

ID. *Lo stovarsolo nella profilassi della sifilide.* — Roma, Amministrazione Policlinico, 1924.

DOMINICI LEONARDO. *Prolusione (anno scolastico* 1924-25). — Sassari, Stamperia L. I. S., 1925.

FEDERICI NICOLINO. *Altri rilievi sull'Antosieroterapia Gilbert modificata nella pleurite essudativa sierosa.* — Milano, A. Rancati, 1925.

FERMI CLAUDIO. *La malaria in Sardegna. Cause e rimedi.* — Sassari, Tip. G. Gallizzi, 1925.

FERRÀN J. *La mortalità della prima infanzia nelle sue relazioni con le infezioni pretubercolari e la tubercolosi.* — Barcellona, Tip. « La Renaixensa », 1924.

FINIZIO GAETANO. *Relazione sanitaria dell'anno* 1924 *dell'Istituto di Aiuto materno di Bologna.* — Bologna, Società Tip. Mareggiani, 1925.

FLORIO SEBASTIANO. *Relazione medica sulla campagna elio-talassoterapia del* 1923 *della Colonia marina di Cagliari.* — Cagliari, Virgilio Musanti, 1925.

GALASSO PIETRO. *Contributo allo studio del carcinoma.* — Trento, 1925 (Estratto Boll. Ass. Med. Tridentina).

GALIMBERTI ATTILIO. *Come si svolge il servizio di vaccinazione antivaiolosa in una grande città.* — Milano, Stucchi & Ceretti, 1925.

GIORDANO D. *Come debba operare il chirurgo nella cura di una malata afflitta insieme da gozzo esoftalmico e da neoplasma della mammella.* — Venezia, Scuola Tip. Istituto Manin, 1925.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

" L'educazione materna „ nelle scuole.

La legge inglese sulla maternità e la protezione dell'infanzia, emanata nel 1919, accenna alla necessità di adatti insegnamenti per diminuire la mortalità e la morbosità infantili. L'istruzione delle fanciulle nelle scuole è certamente uno dei più importanti mezzi per diffondere tali insegnamenti e, per questo, il Ministero inglese della Pubblica Istruzione ha diramato recentemente una circolare per raccomandare l'introduzione dei corsi di igiene e puericultura nei programmi delle scuole elementari e secondarie.

Le fanciulle che frequentano le scuole elementari hanno spesso dei fratellini e delle sorelline da custodire e, siccome anche in Inghilterra, le madri sono frequentemente del tutto ignoranti in fatto di puericultura, di alimentazione razionale, ecc., è urgente dare a tali fanciulle delle regole di igiene elementare da applicare a casa loro. Del resto, i nostri attuali programmi già da qualche tempo prescrivono tale insegnamento, come parte integrante delle nozioni da diffondere nelle scuole elementari.

La circolare del Ministro inglese insiste poi sulla necessità di scegliere a tale scopo degli insegnanti adatti, in modo che le lezioni siano sempre in rapporto con le possibilità di applicazione che la fanciulla trova in famiglia. E consiglia, quindi, di incominciare ad utilizzare le maestre che sono state infermiere (idea già avanzata, qualche anno fa, da una nostra direttrice scolastica, la sig.na Mazza), i medici scolastici e le infermiere visitatrici. Occorre però che le scuole normali siano in grado di preparare le future maestre a questo còmpito, sicchè esse possano dare in ogni scuola elementare lezioni di buon governo dei bambini.

Lo scopo delle scuole secondarie è stato fin qui troppo limitato. Si è data alle giovanette una cultura intellettuale senza tener conto della necessità di istruirle su tutte le questioni riguardanti l'infanzia, che hanno un grande interesse. E l'introduzione, nel programma degli studî secondarî, di corsi di istruzione materna non implicherà la soppressione di altri corsi, nè un soprappiù di lavoro, ma soltanto una riorganizzazione di taluni insegnamenti, prendendo come scopo la conoscenza del bambino, che già fornisce materia d'insegnamento nella pedagogia.

La questione dell'educazione materna, osserva « La difesa della stirpe » (maggio-agosto 1926) è matura anche per l'Italia, che ha fatto la sua grandiosa riforma scolastica ed ha emanata la legge sulla maternità e l'infanzia. Questa legge richiede per la sua applicazione precisamente quella educazione materna che ora manca quasi del tutto in ogni classe sociale e non soltanto fra la povera gente. Molto si è andato facendo, del resto, da noi negli ultimi anni per sopperire alle deficienze della cultura igienica in questo campo; citiamo ad esempio i « Corsi di igiene per i maestri » che vengono tenuti a cura del Ministero della Pubblica Istruzione, il notevole sviluppo dato alla Sezione dell'igiene scolastica nel detto Ministero, alla quale il dott. Sinisi ha dato un vigoroso impulso di vita, i Corsi di istruzione materna del Comune di Roma ed altre istituzioni ed iniziative che dimostrano come il nostro Paese abbia largamente compreso che il suo sviluppo futuro è soprattutto affidato alla salute fisica e morale dei giovani.

FIL.

La protezione del corpo medico ospedaliero contro i rischi professionali.

L'interessante questione è trattata in una Thèse de Paris da P. Mougeot (*La protection du corps médical des hôpitaux contre le risques professionels*, Legrand éd., Parigi, 1926). L'A. espone la necessità di questa protezione, mostra che l'attuale situazione dei medici ospedalieri non è più quella di un tempo e fa rilevare come le Associazioni professionali vadano da tempo facendo delle pressioni per ottenere tale assicurazione.

Tre soluzioni, osserva l'A., si presentano per questo problema. L'assicurazione individuale non può che essere una formula transitoria; il definire la questione con dei regolamenti amministrativi non può certamente condurre allo scopo desiderato; è quindi necessaria una legge che precisi la situazione. E, di fatto, un progetto di legge in questo senso è stato presentato da Justin Besançon al competente ministro.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACUTO (*Roma*). — Al 40° giorno dal 25 ott., ore 18; L. 9500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 4 oltre i 1000 pov., L. 5 oltre i 2000; per uff. san. L. 400. Ab. 3176, di cui 400 sparsi, 700 iscritti. Chiedere annunzio.

CASTIGLION FIORENTINO (*Arezzo*). — Scad. 16 nov.; med. cond. nella sezione di Valle di Chio; stip. L. 9000, con 4 aumenti quadrienn.; provvisorie indennità di c.-v.; ind. cav.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari di Castiglione Sicilia, Linguaglossa, Mirabella Imbaccari e Palagonia; per i primi due conc. L. 7000, per gli altri due L. 6000; 4 quinq. dec. Scad. 15 dic. Esami presso la R. Univ. di Catania. Rivolgersi alla Prefettura, Divis. Sanità.

CHIARI (*Brescia*). — Fino al 20 nov. è prorogato il concorso ad una delle due condotte mediche per i poveri di questo Comune. L'onorario annuo è di L. 9000, oltre 6 aumenti quinquennali del dec., la indennità di trasporto di L. 3000 e quelle di c.-v. come per gl'impiegati dello Stato. Documenti di rito e diploma di laurea conseguito non oltre da tre anni.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitario pel comune di Paola, L. 7000 e 5 quadrienni decimo, prorogato a tutto il 20 dic.

FIRENZE. *R. Arcispedale di S. M. Nuova e Stab. Riuniti.* — Aiuto chirurgo. Scad. ore 16 del 13 nov. Vedi fasc. 43.

GRIZZANA (*Bologna*). — 1° rep., al 25 novembre; L. 9800 base; età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg.

IMOLA (*Bologna*). — Scad. 20 nov.; uff. san.; vedi fasc. 42.

LUGO (*Ravenna*). *Ospedale Umberto I.* — Direttore dei Gabinetti di Radiologia, Elettroiatria e Terapia fisica (donazione Zucchini); L. 10,000; cointeressenza 40 % incassi; scad. 15 nov. Chiedere bando di concorso alla Congregazione di Carità.

MIANO (*Napoli*). *Neurocomio e Manicomio « Russo ».* — Medico-alienista interno. Gli obblighi sono: 1) Sostituirsi al direttore sanitario ed ai medici degli altri reparti in caso di assenza, per ogni provvedimento di carattere urgente. 2) Sorvegliare ed invigilare l'andamento di tutti i servizi. Stipendio iniziale L. 1000 (è sperabile che si intenda mensili, sebbene il manifesto non lo specifichi!), oltre ad alloggio e vitto personale. Età non superiore ai 45 e non inferiore ai 30. Documenti: certificati di nascita, di cittadinanza italiana, penale (non posteriore al 20 settembre), di laurea. Tassa L. 50.10. Assunzione del servizio entro 15 giorni. Nomina per un periodo di prova di 2 anni. Concesso il libero esercizio professionale. Scadenza 20 novembre.

MILANO. *Pio Istituto di S.ta Corona.* — Sono vacanti tre posti Vedi fasc. 43.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Stip. L. 10,500 lorde pei primi 1000 pov.; per ogni pov. in più L. 4; quattro aumenti quadriennali; L. 400 per uff. san. Documenti di rito e vaglia L. 50.15. Scadenza 16 dicembre.

REGGIO CALABRIA. *Istituto Diagnostico dell'Associazione Naz. per gli Interessi del Mezzogiorno.* — Medico radiologo; titoli; anno di prova; stip. L. 10.000; percentuali 30 % entrate lorde, oltre eventuali entrate. Chiedere schiarimenti Direttore Istituto.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

ROSORA (*Ancona*). — Scad. 10 nov.; L. 9000 e L. 2000 trasp., L. 500 uff. san.; alloggio dietro fitto L. 400 annue.

VERONA. — Medico aggiunto e scolastico. Scad. ore 16 del 15 nov. Vedi fasc. 44.

CONCORSI A PREMIO.

ROMA. *R. Università.* — *Fondazione Rolli.* — Per studenti dal 2° al 6° anno. Nove premî. Prove scritte, orali e pratiche su: Anatomia umana (I anno); Fisiologia sperimentale (II anno); Patologia gen., Materia medica e Terapia gen. (III anno); Medicina legale, Pat. spec. med. e chir., Anat. patologica (IV anno); Clinica medica, chirurgica, Medicina operatoria (V anno); Clin. ostetrica, dermosifilopatica, oftalmoiatrica (VI anno). Scad. 11 dicembre. L. 1000 ogni premio.

Fondazione Corsi. — Due posti di studio per laureati da non oltre un triennio solare, che abbiano frequentato l'Un. di Roma per almeno due anni, con media non inferiore a 24/30. Presentazione di una o più memorie originali entro il 30 giugno 1927. Scadenza 3 dic. 1926. Il candidato deve dichiarare il ramo di scienza sperimentale o pratica in cui intende perfezionarsi. L. 250 mensili per otto mesi a partire dal 1° genn. 1928.

Fondazione Maggi. — Quattro premi da Lire 166,66 mensili per due anni. Per individui nati o domiciliati in Provincia di Roma e che nella Università hanno conseguito la laurea dal 26 dicembre 1924. Prove scritte ed orali su Clinica dermosifilopatica, Patologia gen., Fisiologia, Batteriologia. Scad. 24 nov.

NOTIZIE DIVERSE.

Per Benito Mussolini.

La provvidenza ha salvato ancora una volta l'Italia! S. E. Mussolini è scampato al quarto attentato, dimostrando sempre lo stesso disprezzo del pericolo e la stessa forza d'animo. La popolarità e il prestigio di lui si accrescono. Mentre esultiamo per l'incolumità del salvatore d'Italia, auguriamoci si trovi modo di mettere termine a questi crimini che disonorano il Paese e ne mettono in pericolo le sorti.

I congressi italiani di Medicina Interna e di Chirurgia.

Il giorno 25 ottobre alle ore 11 furono solennemente inaugurati in Padova. La cerimonia inaugurale ha avuto luogo nell'Aula Magna della R. Università presente il Corpo Accademico al completo e le più notabili autorità civili e militari della Città. Primo a prendere la parola fu il Rettore, on. Brodero, che dopo aver commemorato brevemente Luigi Lucatello suo predecessore, ed organizzatore del Congresso, recò ai Congressisti il saluto della Università di Padova. Seguirono i discorsi del Prefetto, del R. Commissario, del Preside della Facoltà di Medicina prof. O. Casagrandi, del sen. Maragliano presidente della Società Italiana di Medcina Interna. Ultimo prese la parola il prof. Donati, direttore della Clinica Chirurgica di Padova, ponunciando un elevato discorso sui progressi della chirurgia e sulla utilità della più stretta collaborazione fra Medici e Chirurgi.

Nel pomeriggio, nell'Aula del nuovo Istituto di Anatomia Patologica, allo svolgimento dei lavori del Congresso precedeva il discorso del sen. Maragliano che commemorò con affettuosa parola

Luigi Lucatello. Aggiunsero espressioni di cordoglio Devoti e il sen. Queirolo.

I lavori si iniziarono con la Relazione del prof. Cevolotto sulle « Reazioni biologiche nella Diagnostica medica », cui seguirono varii e interessanti comunicazioni su argomenti di bacteriologia e urologia.

Il 26 venne svolta la Relazione sull'« Angina di petto », affidata per la parte riguardante la patogenesi al prof. Castellino di Napoli, e per quella riguardante la terapia al prof. Pontano di Roma. La seduta pomeridiana fu tutta occupata nella ampia e interessante discussione sull'argomento brillantemente trattato dai due Relatori.

Contemporaneamente si svolgevano i lavori del Congresso chirurgico.

Il giorno 27 ebbe luogo la seduta in Comune con la Società Italiana di Chirurgia per lo svolgimento del tema: « La cura chirurgica della tubercolosi polmonare ». Relatore per la parte medica fu il prof. Galdi di Bari, per la parte chirurgica il prof. Leotta di Bari, e per la parte radiologica il prof. V. Maragliano di Genova. Alle interessanti relazioni seguirono un' appassionata discussione e le comunicazioni di importanti contributi da parte di medici e di chirurgi.

Il giorno 28 dopo avere esaurite le varie comunicazioni poste all'ordine del giorno venne chiuso il Congresso con l'annuncio che la riunione dell'anno prossimo sarà tenuta a Parma.

I due congressi sono riusciti di alto interesse per gli argomenti svolti nelle varie sedute e per la parte importante che nelle discussioni portarono le numerose e più spiccate personalità della scienza medica Italiana colà convenute. Degna di particolare rilievo fu la fraterna cordiale accoglienza che l'Università e la città di Padova fecero ai Congressisti.

Si tenne anche un convegno dell'Associazione Italiana della Stampa Medica.

Dei lavori daremo nel prossimo numero un ampio e dettagliato resoconto. *e. t.*

Il Congresso internazionale contro la tubercolosi.

Il prossimo Congresso internazionale contro la tubercolosi si terrà a Roma nel 1928. Ne è stato nominato Presidente il prof. Raffaele Paolucci, Presidente della Federazione nazionale contro la tubercolosi.

Il Cinquantenario dell'Associazione medica Triestina.

È stato recentemente celebrato con grande solennità, alla presenza delle Autorità, dei rappresentanti delle istituzioni culturali e patrie, dei direttori di Cliniche, di Ospedali, ecc.

Il Presidente dott. Gusina, dopo aver evocata la nobile figura di Antonio Grossich, ricorda il nascere dell'Associazione, di cui uno dei fondatori, il venerando dott. Ernesto Germonig, era presente alla cerimonia.

Cinquant'anni or sono difficoltà materiali e politiche tentavano opporsi all'attuazione del nobile intendimento di raccogliere in un sodalizio quanti onorassero l'arte medica. Il coraggio, la persistenza e la fiducia nell'idea ebbero ragione di ogni ostacolo ed ecco sorgere il nucleo promotore da cui derivò l'energia che diede impulso all'ulteriore svolgimento dell'attività sociale. Spesso questa energia si dovette accoppiare all'astuzia, per eludere la vigilanza di un Governo ostile, che di ogni riunione nostra sentiva l'inimicizia.

Ma, nonostante gli ostacoli, l'Associazione sorse e si venne sviluppando, sempre attenta ai progressi della scienza, ai problemi cittadini di interesse igienico-sanitario. Nè mancò l'opera nel campo economico-professionale, provvedendo ad istituire un fondo di soccorso per vedove ed orfani di medici e per le malattie dei medici stessi, nonchè alla tutela degli interessi materiali della classe medica.

Sorta con carattere di apoliticità, l'Associazione ebbe però sempre cura di mantenere viva la fiamma di italianità, rivolgendosi sempre all'Italia come alla Patria spirituale a cui finalmente si è congiunta. E l'O. si rivolge poi ai giovani perchè diano alla Associazione ed alla Scienza le loro belle energie.

L'adesione del Governo è stata portata dal Prefetto, G. U. Gasti, che ha ricordato i grandi meriti scientifici e patriottici di molti dei soci ed i grandi benefici che l'Associazione ha portato alla città di Trieste.

E si associa al Presidente, nell'invocazione rivolta ai giovani medici perchè non disertino questa palestra così alta di sapere e di sentimento patriottico e ad essi dice in questo momento solenne:

« Avete il dovere di sollevare dall'ara nelle vostre mani forti e nelle vostre anime fiere la duplice fiamma della scienza e della fede di Patria che i vostri maggiori hanno acceso ed hanno nutrito per voi con la mente e con l'anima; avete il dovere di tendere in alto questa duplice fiamma per trasmetterla vivida ed incontaminata a coloro che verranno dopo di voi « Quasi cursores vitae lampada tradere », secondo il simbolico detto di Lucrezio.

« Ed ora, poichè cinquant'anni or sono, nel discorso inaugurale di questa Associazone il dott. Brettauer auspicava che l'Associazione potesse raggiungere gli scopi che si era prefissa e che i posteri raccogliendone i benefici scientifici e materiali potessero benedire la memoria dei loro predecessori, io, raccogliendo quella voce di cui sento qui l'eco suggestiva, benedico alla memoria dei fondatori, benedico alla Società poichè essa ha raggiunto la sua nobile meta ».

Un nuovo periodico di actinologia.

Si intitola *Annales de l'Institut d'Actinologie* e vede la luce a Parigi presso O. Doin. Il Comitato di redazione è composto dei sigg.: J. Saidman, L. G. Dufestel, L. I. Colaneri, R. Robine.

Vi sono interessanti articoli originali, sulla teoria e sulle applicazioni pratiche, numerose recensioni. J. Saidmann vi espone il programma e la organizzazione di questo Istituto che ha come scopo il perfezionamento dei metodi usati in attinoterapia.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. A. M. A., 3 apr. — G. BAEHR. Forma benigna di nefrite emorragica. — W. P. LARSON e al. Immunizzazione contro la difterite.

Brain, 1. — J. TAYLOR. Prognosi della sclerosi dissemin. — S. E. HENSCHEN. Funzioni dell'emisfero destro. — W. RUSSELL BRAIN. La posiz. « cerebellare » del capo.

Clinica y Labor., mar. — R. HORNO ALCORTA. Il parto senza dolore.

Presse Med. 21 apr. — P. RAVAUT. Gli arsenicali nell'amebiasi.

Acta Med. Scand., IV. — G. BECHER. Ricerche sull'acidosi. — E. B. SALÉN. I nitriti nell'urina.

Mediz. Klin., 23 apr. — P. SCHENK e M. WISSEMANN. Il corridore di Maratone.

Deut. Med. Woch., 23 apr. — UHLENHUTH e SEIFFERT. Il problema del paratifo. — WEISZ. L'ectoscopia (diagnosi a occhio nudo). — DOHI. Storia della sifilide.

Münch. Med. Woch., 23 apr. — SELTER. Eziologia del morbo di Haff.

Terapia Contemp., apr. — F. G. BANTING. Diabete e insulina. — E. DOUMER. Diagn. e cura delle tachicardie. — G. KAHLMETER. Roentgenterapia della sciatica.

Amer. Journ. Med. Sciences, apr. — E. FLEXNER. Progressi dell'epidemiologia mediante gli esperimenti. — E. A. FOSSIER. Una causa d'ipotensione « essenziale ». — W. J. MALLORY. Dispepsia splancnica.

Journal Am. Med. Assoc., 10 apr. — E. NOVAK. L'emorragia uterina « funzionale » . — S. S. BERGER e al. L'esame funzionale del fegato.

Revue Neurol., apr. — V. NERI. Le turbe cerebrali nelle ferite del simpatico. — G. ROUSSY e G. LÉWY. Malattia familiare particolare.

Il Dermosifilografo, apr. — M. ARTOM. Le splenomegalie nel periodo preroseolico della sifil. — A. V. FERRARI. Esperienze terapeutiche con il thorium X.

Arch. inn. Med., 15 apr. — A. ARKIER. Persistenza dell'arco aortico destro. — W. SCHILLER. Patogenesi dell'urobilinogenuria. — L. HESS e F. POLLAK. Disturbi respiratori cerebrali. — A. WINKLER. La natura dei rantoli.

Journ. de Méd. de Paris, 27 apr. — Numero di urologia.

Presse Méd., 24 apr. — F. TOBÉ e J. TERRASSE. Pneumotor. artif. bilat. simult.

Studium, 20 apr. — A. CARDARELLI. Peritonite tbc. a forma ascitica. — A. MASSAZZA. Fenomeni di simpatico-paralisi. — L. PANSINI. Sindrome addomin. pseudo-peritonitica.

Pathologica, 15 apr. — F. BATTAGLIA. Pericardite tbc. primitiva nei vecchi. — G. ZANETTI. Varice sottoendocardica.

Ann. di Med. Nav. e Col., mar.-apr. — M. PERUZZI. Granulomi e granulomatoidi.

Ann. d'Igiene, apr. — M. CARPANO. Limiti di virulenza di alcuni microrganismi. — G. PITTALUGA. Studio epidemiologico sulla Leishmaniosi viscerale in Spagna. — G. SANARELLI. Infezioni intestinali.

Igiene Mod., mag. — S. BALP. Profilassi del gozzo.

New York St. Journ. of Med., 1 mag. — W. C. PHILLIPS. Il medico e il paziente dell'avvenire.

Bull. Sc. Med., gen.-feb. — G. BROIZU. Rapporti fra bac. di Bang. e Micr. melitensis.

Münch. Med. Woch., 7 mag. — WEYGANDT. Aggruppamenti dell'idiozia e dell'imbecillità.

Mediz. Klinik, 7 mag. — W. BENTHIER. Terapia conservatrice in ginecol.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 15 Novembre 1926 — Fasc. 46

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I CONGRESSI DEL GIORNO.

XXXII Congresso di Medicina Interna.

Padova, 25-28 ottobre 1926.

Seduta inaugurale.

Alle ore 11 del 25 ottobre, nell'Aula Magna della R. Università di Padova, sono stati solennemente inaugurati il 32° Congresso di Medicina Interna ed il 33° di Chirurgia. Il corpo accademico era al completo, in toga, ed erano presenti tutte le autorità civili e militari locali.

Il Magnifico Rettore della R. Università, onorevole Brodero, porta ai Congressisti il saluto del Senato accademico, mentre con commossa parola rimpiange che ciò non sia compiuto dal suo illustre predecessore: Luigi Lucatello, che tanto affetto nutriva per Padova, e che tanta luce di attività e di scienza aveva dedicata alla sua Università.

Seguirono poi il discorso del Prefetto, gr. uff. Cianciolo, in rappresentanza anche del Ministero della P. I., e quello del sindaco barone La Via.

Prese quindi la parola il sen. E. MARAGLIANO per esprimere al Magnifico Rettore, al Corpo Accademico, ai colleghi tutti del glorioso Ateneo, il ringraziamento per l'accoglienza fatta ai Congressisti. Egli afferma come la scienza italiana, per merito del Duce Benito Mussolini, si avanzi verso nuove mète sotto la bandiera tricolore. E soggiunge:

« In questo giorno nel quale l'Italia festeggia il quarto anniversario della resurrezione del nostro paese noi abbiamo ragione di trarre il più lieto auspicio per i nostri lavori non solo, ma per l'avvenire della scienza italiana, auspicio il quale è maggiormente appoggiato dalla gloria di questa Università, di questa Università la quale ha una grande missione sopra quella delle altre consorelle d'Italia, quella di essere rappresentante della scienza italiana qui al suo estremo confine da dove può recare la maggiore influenza al di là dei confini intangibili, conquistati col sangue dei nostri soldati ».

* * *

Si alza quindi il prof. DONATI che pronunzia il seguente discorso:

« Magnifico Rettore, signore, signori,

Permettete colleghi che le mie prime parole siano di saluto deferente a Voi, di ringraziamento al Rettore Magnifico, che ha voluto ospitarci in quest'Aula superba, che non ha altre pari nel mondo; essa racchiude un tesoro così grande di memorie, che ci fa pensosi, mentre siamo per iniziare la nostra fatica se sapremo essere degni di così glorioso passato con una somma di ricerche che lasci qualche impronta. Ed io più che mai ho l'animo trepidante dinnanzi a così imponente consesso, che raduna le forze più vive ed elette della Medicina Italiana accomunando, secondo la consuetudine di ormai più che un lustro, i membri delle due Società di medicina interna e di chirurgia: poichè temo di non potere e di non sapere essere interprete degno del Vostro pensiero, là dove abbisognerebbe saper trarre dall'esperienza del passato una traccia ricca di fecondi insegnamenti.

Tanto più che io non so se tanto onore sarebbe oggi toccato a me qualora mi fosse stato accanto il buono e caro amico del quale abbiamo pianto testè l'immatura perdita. La morte ha colto fulminea,

brutale, ingiusta, Luigi Lucatello, mentre si apprestava con me a ricevervi con animo festante nella nostra Padova, che anche Egli era fiero Voi aveste scelto a sede dei due Congressi. Ed è ben triste doverci invece convincere che non vedremo più la Sua serena figura in mezzo a noi, e non udremo più la Sua voce che esprimeva la grande mitezza dell'animo, la chiarezza e la serenità del pensiero! Io vi invito a raccoglervi un momento in un silenzioso atto di omaggio al Suo grande spirito, che più che mai non sentiamo presente.

I convenuti aderendo all'invito sorgono in piedi per un minuto e stendendo il braccio lo salutano romanamente.

Signori!

Le questioni messe allo studio negli attuali Congressi dimostrano anche ai più scettici l'intima unità della medicina e della chirurgia e pertanto la necessità sempre più sentita — se anche da gran tempo affermata — della più stretta collaborazione fra i cultori delle due grandi branche del nostro scibile scientifico-pratico.

Indipendentemente l'una dall'altra le due Società hanno infatti posto all'ordine del giorno press'a poco gli stessi argomenti; l'una l'angina di petto l'altra la chirurgia del simpatico viscerale che l'angina di petto comprende; e la comune discussione si svolgerà sulla cura chirurgica di un'affezione, la tubercolosi polmonare, che parve per secoli esclusivo dominio della medicina interna, fino a che entrò nel campo della terapia chirurgica per opera di un medico, il nostro Forlanini.

Magnifica prova dell'unità della dottrina e della pratica in medicina; unità che può ancora essere dimostrata da un altro esempio tratto dalla guerra allorchè un altro valoroso cultore della medicina, il Morelli, ebbe il vanto di portare il più notevole contributo alla cura delle ferite polmonari, come pure in casi di emotorace consecutivo a fratture costali.

Questa unità inscindibile, per la quale oggi non vi è quasi malattia in cui non possa sorgere ad un dato momento l'indicazione di un intervento chirurgico, come non havvi affezione cosidetta chirurgica nella quale si possa prescindere da indicazioni di ordine strettamente medico; questa unità, ripeto, fa sempre più viva e rende quanto mai attuale la necessità dell'intima collaborazione medico-chirurgica. Collaborazione nello studio e nella conoscenza di raffinamenti diagnostici; collaborazione nello stabilire le indicazioni terapeutiche così che si cessi con il sistematico astensionismo di chi non sa vedere la necessità di un intervento e il momento opportuno per consigliarlo come col cieco interventismo che non sia meditato e ragionato. Il penetrare sempre più e meglio nella conoscenza delle possibilità della terapia chirurgica è dunque un dovere del medico al quale spetta di solito più spesso che al chirurgo la responsabilità del primo giudizio sulla natura del male. D'altro canto il chirurgo deve sempre più divenire un medico che cura i morbi con mezzi chirurgici e pertanto la specialistica differenziazione fra gli uni e gli altri deve finire col ridursi all'uso e alla conoscenza dei mezzi tecnici diversi per la cura del malato.

Ecco da ciò dimostrata la grande importanza scientifico-pratica di queste nostre comuni assisi. Esse tradiscono il bisogno ormai universalmente sentito di nuove sintesi in medicina, sintesi che la gran mole del lavoro analitico ormai compiuto col sussidio di innumeri nuovi mezzi diagnostici e gli incessanti progressi delle scienze biologiche e della fisio-chimica rendono oggi indispensabile. Come sempre in medicina è avvenuto dopo periodi d'intenso lavoro analitico e di applicazione e sfruttamento di principi o di metodi nuovi che la clinica trionfatrice, la clinica suscitatrice continua di principi o di metodi nuovi, la clinica pratica, ma altamente morale perchè umana, ha ispirato sempre i necessari nuovi indirizzi (furono clinici chirurghi come Mondino, come Harvey, come Huter, che gettarono le basi di nuovi veri facendosi anatomici, fisiologi-patologi, o clinici medici come Malpighi e il nostro Morgagni del quale ammirate in quest'aula l'effige che aprirono nuove larghe vie al progresso delle mediche discipline facendosi istologi ed anatomo-patologhi), la clinica, dico saprà anche ora evitare quello che fu detto bene dal Viola «il pericolo disgregatore della specializzazione», studio certamente necessario nello sviluppo della scienza e della pratica ma fatalmente transitorio.

Ma per questo scopo è necessario che il lavoro comune si intensifichi, divenga la consuetudine di ogni giorno; non bastano scambi periodici di idee su determinati problemi, nel che noi italiani diamo ancora un esempio unico, non basta la meditazione di pochi su questioni più o meno attuali ed importanti, ma occorre prendere reciprocamente contatto con il pensiero medico e chirurgico coi problemi che vanno sorgendo indipendentemente ora in medicina, ora in chirurgia, ma che indipendentemente non possono essere risolti. Questo è a mio modo di vedere il programma dell'ora presente, se vogliamo adempiere sempre più degnamente la nostra divina missione, che non è solo quella di sedare il dolore fisico, ma di guarire l'ammalato e di prevenire per quanto possibile le future malattie.

E permettete che come chirurgo io dica ai medici: venite con assiduità e con spirito obiettivo nelle sale operatorie; attorno a un tavolo d'operazione, qualora i fatti rivelati venissero valutati insieme da individui la cui educazione scientifica e pratica, la cui forma mentis sono indubbiamente diverse, scaturirebbero i maggiori progressi nella conoscenza dell'organismo umano sano ed ammalato, sorgerebbe forse ogni tanto una soluzione inattesa a qualche difficile questione, sorgerebbero feconde ipotesi di lavoro.

Non dimentichiamo che la nostra mente deve essere educata ai rigorosi metodi scientifici nell'ap-

prezzamento dei fenomeni morbosi; ma la nostra disciplina, che è insieme scienza ed arte, è anche forse delle scienze la più difficile non essendo a noi concesso di predisporre a volontà i termini dell'esperienza, mentre le conclusioni possono spesso apparire troppo facili a spiriti superficiali o non sufficientemente educati al rigore dell'osservazione scientifica. Essa è infine la più difficile perchè è la « scienza dell'individuale » (Viola): e siccome l'individuo non si ripete, non ci è dato riconoscere nella successiva l'esperienza precedente e dobbiamo indurre dalle osservazioni singole le leggi generali che ci possono servire in gruppi di casi apparentemente consimili.

Sono le differenze individuali, più ancora che i difetti possibili e le lacune nelle nostre conoscenze sulla natura dei morbi, quelle che determinano la non uniformità dei risultati terapeutici, anche in casi, similmente trattati, che sembrerebbero comparabili per natura, per sede, per stadio della malattia. Da ciò l'importanza che assume come strumento di lavoro e di conoscenza lo stabilire i caratteri costituzionali; da ciò l'alto valore che ha l'indirizzo individualistico in clinica, quell'indirizzo che qui in Padova ebbe in Achille De Giovanni il primo ed entusiasta assertore.

Questo indirizzo ci porta a considerare l'individualità organica dell'ammalato nel più largo senso morfologico e funzionale, a considerare cioè l'individuo una entità ed insieme una unità biologica, che conserva anche nella malattia la sua personalità. Ed è veramente confortante constatare che i problemi della costituzione, del sistema nervoso vegetativo, della endocrinologia, quelli in genere delle correlazioni organiche nello stato di salute come in quello di malattia dominano oggi il pensiero dei medici e dei chirurghi insieme, mentre danno un'impronta alle loro azioni terapeutiche.

Non io enumererò dinnanzi a Voi i contributi italiani che avete certamente tutti nella Vostra memoria; ma non posso tacere quanto sia significativo che un programma così vasto predomini in questi odierni Congressi Padovani, che indirettamente rievocano ed esaltano la grande Scuola di Achille De Giovanni.

Il quale ebbe la natura a maestra come la ebbe nell'indirizzo e nelle scoperte chirurgiche un'altra mente che contemporaneamente si ergeva sovrana; quella di Edoardo Bassini.

Signori!

Col ricordo di questi due grandi Maestri, ma col pensiero proteso verso l'avvenire, iniziamo i nostri lavori; io sono sicuro che essi costituiranno motivo di orgoglio, per tutti noi, di alto onore per la Scienza e per la Nazione Italiana.

Con questo auspicio rivolgo anche a nome Vostro il più reverente saluto alla Maestà del Re, a Benito Mussolini, tre volte riconsacrato alle fortune d'Italia e del quale quest'Aula ricorda la voce possente e incitatrice, al Ministro della Pubblica Istruzione che ha voluto fervidamente aderire a questa festa della Scienza ed essere qui rappresentato.

Seduta pomeridiana.

Nel pomeriggio nell'Aula dell'Istituto di Anatomia Patologica hanno avuto inizio i lavori del 32° Congresso di Medicina Interna.

Il Presidente della Società Italiana di Medicina Interna, Sen. EDOARDO MARAGLIANO, ha pronunciato fra la più viva attenzione il seguente discorso:

Signori e Colleghi egregi,

I nostri lavori si iniziano in un'atmosfera di lutto; lutto per la città insigne in cui ci troviamo raccolti, lutto per l'Ateneo che ci ospita, lutto per la Medicina Italiana, lutto per gli animi nostri straziati da profondo cordoglio: Luigi Lucatello si è spento!

Padova, la sapiente, piange in Lui il figliuolo suo che ne era divenuto forza ed orgoglio, l'Ateneo, l'autore del suo rigoglioso rinnovamento, la nostra Associazione il costante e laborioso collaboratore dai suoi primi inizi, la Medicina Clinica uno dei più proficui e coscienziosi suoi Maestri; noi quanti qui siamo il Collega amato, l'amico prezioso, il suscitatore di energie, l'uomo che con ordinata attività, con devozione a pubblici interessi, dimentico dei propri, dava nella sua rigogliosa maturità materiata di inesauribile giovinezza, esempio luminoso di altruismo, di operosità instancabile e feconda pel bene comune.

Così questo rigoglio di vita nuova suscitato nel paese dall'Uomo unico che la Provvidenza ha dato alla Patria quando più angosciose erano le sue strette, ebbe in Lui uno fra i più acuti valorosi suoi interpreti, lo comprese, lo sentì, seppe farlo serpeggiare nelle viscere di questo glorioso ed antico Ateneo; volle ed ebbe dal Governo restauratore, ed oggi lo lascia ricco di tutti i mezzi che la scienza nella sua ascensione progressiva richiede, avviato a nuova grandezza degna della grandezza passata, parato in tutto ad esercitare la missione che la Patria gli affida; la missione di irradiare la luce della scienza oltre l'alpe e conquistare per essa alla Patria con la forza espansiva dell'intelletto Italiano, la considerazione ed il rispetto al di là dei suoi confini naturali ed intangibili consacrati da tanto nobilissimo sangue.

A questo rinnovamento il nome di Luigi Lucatello, rimarrà perennemente legato negli evi venturi.

Ma il ricordo di quello che Lucatello ha fatto pel suo Ateneo, non deve far dimenticare quello dell'opera sua di studioso e di Maestro. Giunto alla cattedra, salendo grado a grado pei faticosi ed aspri sentieri della scienza, comprese e sentì altamente il dovere di un maestro di medicina, innanzi alla scuola, alla scienza e alla società; dovere che si imponeva maggiormente in questo studio padovano, dove una lunga serie di Maestri insigni, lo aveva sempre sentito, dove l'ultimo di essi, Achille De Giovanni, stampava come scienziato e come maestro, orme luminose e perenni.

Addestrato primamente sotto la guida dell'Illustre Gaetano Salvioli, alla ricerca ed allo studio nelle varie branche della biologia e dell'anatomia patologica, versato poi per lunga consuetudine nella pratica clinica; Lucatello salì la cattedra con solida e completa preparazione luminosamente e vittoriosamente dimostrata in molteplici pubblicazioni ed in pubbliche prove a base di titoli e di esami clinici date in pubblici concorsi: doppio cimento che non dovrebbe mai essere abbandonato nel conferire il diritto di insegnare patologia e clinica: sia a titolo ufficiale, sia a titolo privato.

Professore di patologia medica, Lucatello non dimenticò che si trattava di un insegnamento applicato, clinicamente dimostrativo e clinico nel contenuto suo; Professore di Clinica Medica comprese il dovere che gli incombeva di addestrare alla pratica lumeggiata dalle conquiste biologiche, i propri discepoli.

Come Egli abbia assolto questo compito altissimo, lo dicono le generazioni di allievi suoi che rifulsero e rifulgono nel campo accademico, che nel pratico esercizio hanno saputo guadagnare la confidenza e l'estimazione universale: che riconoscenti lo ammiravano e veneravano quale sommo Maestro, che lo amavano per la sua paterna bontà, che testè circondarono lacrimando la sua bara, come festanti circondarono Lui nel giorno del suo giubileo.

Questo non fu il solo lutto che colpì la nostra Associazione e la Clinica Italiana. Un altro valoroso, Amerigo Barlocco, è scomparso. Egli, lo sapete; dirigeva da un anno la Clinica Medica di Modena e già si era splendidamente affermato. Era naturale che così fosse, perchè da più anni quale Aiuto-Supplente di Clinica Medica era rotto all'insegnamento, mentre una ricca e pregiata produzione scientifica lo segnalava primo fra i primi maturi alla cattedra. Ed aveva avuto Egli pure il battesimo di un pubblico esame clinico, sostenuto a Roma per la Docenza in Clinica Medica, prova che con sano criterio una avveduta Commissione giudicatrice, aveva imposto e che sempre si dovrebbe imporre.

Nella pienezza di una florida virilità, quando molto la scienza e la scuola aspettavano da Lui è mancato. Certo quanti qui siamo ci uniamo alla Facoltà Medica di Modena, alla scolaresca di quell'insigne Ateneo che amaramente lo piansero, augurandoci che la clinica Italiana, orbata di questi due Maestri, Clinici nel vero senso della parola, ravvivata da nuove e giovanili energie, possa mantenere integra la propria personalità e soddisfare al compito che la scienza e la società le affidano.

Nel gentile animo vostro certo, amici miei, comprendete quale sia stato e sia lo strazio dell'animo mio innanzi a queste due tombe, apertesi prima del tempo.

Erano tutte due, Lucatello e Barlocco, lo sapete, rampolli miei. Li avevo raccolti entrambi nella loro infanzia scientifica, sotto i miei occhi avevano svolto la loro attività, erano cresciuti al culto della scienza e del dovere, avevano raggiunta quella virilità nel sapere che li condusse alla cattedra da essi tenuta autorevolmente, come autorevolmente la tengono gli altri cinque che mi restano ancora, usciti tutti dalla mia scuola.

Gli affetti nati nella scuola, rinverditi sempre dal comune lavoro, creano legami che non sono inferiori a quelli del sangue, e danno quelle lacrime e quelle angoscie che il padre versa a prova al vedersi rapire dalla morte prima del tempo i figliuoli, che sperava di vedere raccolti attorno al suo capezzale nell'ora della stretta finale.

Perdonate questa nota personale, questa esplosione dell'animo mio. Siete buoni, foste sempre buoni con me, date il vostro compianto a me ed ai miei cari scomparsi, alle loro desolate famiglie.

Ed un altro lutto dobbiamo registrare, la perdita del nostro socio onorario Giuseppe Teissier della Insigne Facoltà Medica di Lione. Che Joseph Teissier fosse un grande Clinico, voi lo sapete, Egli era popolare fra noi da quando pei medici Italiani un altro Illustre e compianto consocio Enrico De Renzi, tradusse e divulgò in Italia l'eccellente trattato di Patologia Medica da Lui scritto in unione al Laveran.

Successivamente una serie di lavori originali che toccarono pressochè tutte le branche della clinica e della patologia, lo collocarono fra i più fecondi Maestri della Clinica mondiale. Ma Egli aveva un altro grande titolo allo affetto ed alla riconoscenza della medicina Italiana, di cui era sincero e convinto ammiratore.

In ogni sua pubblicazione Egli metteva la più sollecita e scrupolosa cura nel valutare i lavori Italiani con molta più esattezza, con molta più obbiettività, di quello che venisse fatto e che venga tuttavia fatto nel nostro Paese, dove, diciamolo pure, si ha l'abitudine di non elevare ma di scemare il valore della produzione Italiana a favore della forestiera.

Gli studiosi Italiani in buona parte non hanno ancora saputo superare le miserabili ragioni particolaristiche, sono ancora sordi alla voce della stirpe.

Il suo insegnamento fu scuola non solo ai discepoli, ma esempio ai maestri: si svolgeva al letto dell'ammalato e per esso Egli istillava ai suoi uditori col gusto per la clinica, l'interesse per il paziente.

Il 13 giugno di quest'anno, dopo mesi di grandi sofferenze, Egli si spense fra il compianto di tutte le scuole mediche mondiali.

Quale rappresentante vostro, in istrazio indicibile, ne accompagnai la salma all'estrema dimora. Ci amavamo quali fratelli; quale fratello lo piansi!!

Alla sua memoria vada l'omaggio reverente del nostro sodalizio che lo ebbe più volte ospite desiderato ed onorato in seno alle proprie riunioni.

Il 4 luglio si inaugurò nella sua natia Benevento un ricordo marmoreo a Gaetano Rummo, già Vice Presidente della nostra Società di Medicina Interna, mancato nel 1917 al nostro affetto ed alla scuola medica napoletana da Lui illustrata con le opere e coll'insegnamento.

La gentile capitale del Sannio, eternando così

nel marmo la memoria di questo figlio suo, diede un imitabile esempio, perchè in Italia raramente si concedono ai cultori delle scienze mediche queste apoteosi che si danno molto liberamente ai cultori di ogni altra branca dell'umana attività, fisica, artistica ed intellettuale.

Le autorità locali vollero deferire alla vostra Presidenza l'onore di pronunziare l'orazione di rito: mi resi a dovere dirla in nome vostro.

Signori e Colleghi,

Il nostro Lucatello aveva colla sua esperienza e colla sua attività organizzata accuratamente questa riunione, noi malgrado l'angoscia della perdita sua, l'abbiamo mantenuta.

È lavorando che si onorano i lavoratori! Mettendo in valore la preparazione da Lui fatta onoriamo la sua memoria. Egli aveva conciliato al nostro Congresso le simpatie della cittadinanza, dei suoi ufficiali rappresentanti del Corpo Accademico Universitario, delle autorità tutte che oggi hanno voluto, con la loro presenza, rendere omaggio a Lui e a noi. Io, in nome vostro porgo ad essi, le più vive azioni di grazie.

Il nostro Congresso si svolge come di consueto, unitamente a quello della Società Italiana di Chirurgia presieduta dal Clinico Chirurgo di Padova, l'Illustre prof. Donati, cui dico qui la nostra riconoscenza per la cura da Lui data ai lavori del Comitato Ordinatore orbato del suo Presidente: Lucatello.

Anche in quest'anno, un tema di comune interesse e di comune competenza ci unisce; il tema relativo agli interventi chirurgici nel trattamento della malattia tubercolare del polmone.

In mezzo alla confusione, che esagerazioni, asserzioni contradditorie, inquietudini morbose, preconcetti azzardati, hanno creato nel campo della pratica su questi argomenti, la valutazione obbiettiva di tutti i fatti raccolti porterà, confidiamo una nota serena, che possa servire di guida ai pratici, in così intricato argomento. E' pur necessario, onorevoli colleghi, che le cliniche ed i corpi scientifici si occupino con la loro autorità di portare un po' di ordine in mezzo all'anarchia che travaglia il campo della terapia in generale.

Si assiste, in vero, ad un singolare spettacolo.

Basta che un ignoto qualsiasi, crei un mezzo curativo a capriccio suo, basta che un industriale qualsiasi getti sul mercato un prodotto qualunque da lui creato, perchè i medici, sulla fede di asserzioni irresponsabili, col colpevole feticismo incondizionato per tutto ciò che viene da fuori, si affrettino a prescriverlo.

Un osservatore, puta caso, scruta il mezzo organico di soggetti colpiti da malattie distrofiche e trova, come è naturale, via via la carenza in questo oragnismo in sfacelo, di qualcuno dei vari elementi che lo costituiscono; ebbene, si dice: somministriamo questi elementi in carenza e guariremo la malattia. E subito industriali accorti creano l'uno in forma diversa dall'altro, preparati che contengono questi elementi da propinarsi al paziente. E siccome gli elementi costitutivi sono molti e tutti in carenza, ogni giorno si presentano preparati nuovi quali nuovi rimedi destinati a creare l'illusione di combattere la malattia nel cui decorso queste carenze si notano, quasi che fossero esse la causa del morbo, mentre ne sono la conseguenza.

Biologi ricercatori studiano gli effetti di azioni perturbatrici provocati nell'organismo con la introduzione di materiali albuminoidei aspecifici; ma innanzi alle possibilità di usarli a scopo curativo, le cliniche ed i grandi centri di studi procedono con circospezione, restano incerti, ed attendono a pronunziarsi; i pratici invece, in qualche regione d'Italia usano senza riserve la proteino-terapia, e qualche volta i pazienti pagano colla loro vita il fio della loro imprudente inquietudine.

Ed è davvero per inquietudine che lo usano in malati pei quali la clinica possiede procedimenti curativi di valore riconosciuto. Industriali stranieri manipolano ogni giorno associazioni di sostanze conosciute, le presentano con nomi di nuovo conio, quali prodotti nuovi, ai creduli medici italiani che mordono all'amo.

Dal di fuori giunge una vera invasione di pozioni, di sciroppi: le solite ricettazioni officinali che aziende farmaceutiche straniere gabellano quali mirabolanti specifici ai nostri pratici, che volentieri, a larga mano, le prescrivono.

E si potrebbero prolungare all'infinito le esemplificazioni del genere, ma non è necessario.

È una situazione, questa, omai nota a tutti noi, tutti la deploriamo ma deplorarla non basta, bisogna risolutamente mettere mano a correggerla pel decoro nazionale ed anche per la difesa del bilancio economico nazionale, perchè, in conseguenza di questa anarchia, ogni anno milioni e milioni di lire emigrano all'estero, per pagare specialità straniere consumate in Italia per volontà nostra.

Quali, Signori miei, i fattori di questo fenomeno che non esito a chiamare patologico?

E' opportuno ricercarlo. Vi dirò il mio pensiero qual'è. Siatemi indulgenti se lo paleso con sincerità, obiettivamente senza preconcetti, ma con quella rude franchezza che per il mio passato, per la mia attuale posizione, per la mia età è un dovere per me.

Primo fattore è la affettazione di una mal compresa modernità. Ad ogni istante si parla di medicina moderna e molti credono che la modernità consista nell'usare a vanvera rimedi con denominazioni nuove, di cui ignorano spesso i componenti e gli effetti. Essi ignorano ed hanno dimenticato che la modernità in terapia consiste nell'applicare per quanto applicabile le nuove conquiste sulle patogenesi dei morbi per praticare anzitutto una terapia patogenetica razionale: la terapia ideale, che afferra la causa creatrice dei morbi, la elimina, la distrugge o la rende impotente.

La batteriologia e la patologia sperimentale con le loro conquiste hanno già tracciata in modo luminoso questa via alla cura patogenetica delle malattie da infezione, per mezzo di quelle forme di

terapia specifica che hanno ormai la sanzione della pratica e che non si devono confondere con quelle che sono pure concessioni dottrinali a cui manca la ponderata sanzione clinica. La chimica biologica ha, a sua volta, già lumeggiata, e va lumeggiando la patogenesi di molti stati morbosi che investono l'intima compagine organica, che ne turbano le funzioni, che creano in via secondaria alterazioni organiche e viscerali per lo addietro ritenute idiopatiche e da queste nuove nozioni patogenetiche sono scaturite e scaturiscono preziose indicazioni di terapia patogenetica.

L'endocrinologia svelando via via le funzioni delle ghiandole a secrezione interna e le situazioni morbose derivanti dalla rottura delle loro armoniche attività apre la via alla comprensione di sindromi patologiche, fino ad ora avvolte nella massima oscurità e rende possibili trattamenti patogenetici di cui per lo addietro non si poteva sospettare l'esistenza.

L'anatomia normale, la fisiologia, la fisiopatologia hanno bene stabilito il campo di azione del sistema nervoso vegetativo, hanno lumeggiato la modalità della sua influenza, sopra molteplici funzioni organiche e per tal modo si arriva a conoscere la ragione di perturbamenti funzionali per lo addietro non compresi, ed il modo di combatterle nelle origini loro.

Questa sì è medicina moderna, è, sì terapia moderna quella che deriva dalle conquiste sulla patogenesi dei morbi, ma terapia che non si impara a base di ricettari o consultando gli opuscoli propagandisti degli industriali fabbricanti di medicinali, ma solo acquistando la conoscenza di questo movimento scientifico svelatore delle cause dei morbi.

Nè la modernità in terapia consiste nel dar di frego alle conquiste alla secolare esperienza clinica, per sostituirla con mezzi che di questa sanzione difettano. I pratici hanno oggi disimparato tutto quanto l'esperienza dei secoli aveva accolto in materia curativa, così, ad esempio, non si conosce più l'uso del chinino, l'uso del bagno freddo raffreddato nella cura delle piressie, da morbi infettivi, l'uso del salasso così utile in dati perturbamenti meccanici del circolo o nei bisogni urgenti di pronto svelenamento, hanno insomma disimparato quel vecchio e sempre autorevole adagio del nostro Morgagni: « Non sunt nova veteribus abstituenda, sed perpetuo jugenda foedere ».

Forse Morgagni ha perduto credito innanzi a buona parte di medici perchè non è nè tedesco, nè francese, nè inglese, nè americano; perchè Lui e quanti siamo Maestri, abbiamo il torto di avere varcata la giovinezza?

È noto che Bernard Shaw, il celeberrimo drammaturgo inglese, ad un Editore che cercava collaboratori per una nuova rivista a pubblicarsi, ironicamente disse: « Non domandate nè il parere, nè la collaborazione di persona al di sopra dei 28 anni. Il successo della vostra rivista dipenderà dal coraggio col quale lancerete la parola d'ordine: Abbasso tutti i vecchiumi ».

Sarebbe forse questa, attualmente, una parola d'ordine circolante anche tra i medici Italiani?

Passiamo oltre e chiediamoci perchè tante aberrazioni hanno potuto attecchire in così gran parte di medici?

Rispondo: Per colpa della scuola da cui sono usciti, per colpa, confessiamolo, dei maestri, non solo in Italia, ma di ogni paese.

Il culto della scienza pura ci ha spesso assorbiti ed abbiamo disdegnato troppo quello della scienza applicata, specialmente applicata alla cura dei morbi. Il fascino delle ansie e delle trepidazioni che suscita nell'animo la ricerca di una verità, la divina purissima gioia della fatta conquista, ci assorbono; rimettiamo sempre al domani lo studio delle applicazioni pratiche dei veri conquistati mentre la grande soddisfazione della vittoria conseguita ci fa aspirare ad altre e maggiori vittorie; la visione di esse ci affascina e proseguiamo con lena rinnovata alla ricerca di nuovi veri.

L'Università classica è e deve essere sì la vestale dell'alta cultura e noi, maestri di medicina, in Italia, abbiamo voluto con fede ed entusiasmo esserne sacerdoti operosi; lo fummo, lo siamo, abbiamo adempiuto ad un nostro nobilissimo compito e la medicina scientifica Italiana, orgogliosa, si afferma pari alle più celebrate straniere. Ma è pur necessario che la scienza nella scuola di medicina pratica scenda dall'alto suo tripode e porti all'umanità dolorante il beneficio delle sue conquiste.

Widal, il clinico di Parigi, in un discorso da lui pronunziato testè, disse: « Se l'uomo di scienza nel creare esperienze deve avere solo per scopo la constatazione della verità, quando ha fatto qualche scoperta deve ricercare come essa possa giovare agli uomini.

La Medicina — Egli affermò e con ragione — è scienza di realizzazione e deve essere utilitaria nelle sue applicazioni. È fra le applicazioni primeggiano quelle relative alla cura dei morbi e all'indirizzo razionale a seguirsi nell'attuarla.

Se i Medici uscissero dalla scuola agguerriti in questo indirizzo, si chiederebbero sempre, prima di prescrivere un rimedio od un metodo di cura, quale ne è il valore dal punto di vista patogenetico, e subordinatamente da quello sintomatico, in base alla esperienza fattane nelle scuole di medicina pratica, perchè le cliniche devono essere il calmiere della terapia e dei mezzi terapeutici. La terapia può essere talora anche necessariamente empirica, ma i mezzi empirici devono avere essi pure il suffragio di una larga esperienza clinica, per essere usati con quella coscienza che deve essere legge pel medico pratico.

Non devesi d'altra parte dimenticare che il medico isolato nel suo centro professionale ha grande difficoltà di tenersi al corrente sul reale valore dei nuovi metodi di investigazione e di cura, nè bisogna dimenticare la cieca febbre di novità che lo rende facile preda della funesta moda terapeutica, non sempre conforme alla verità nè rispondente all'utile degli infermi.

Bisogna quindi, che i medici apprendano nella scuola la profilassi contro questa febbre; bisogna che fuori dalla scuola abbiano poi mezzo di potere tratto tratto essere facilmente e rapidamente messi

al corrente dei veri che si conquistano, delle falsità con le quali si tenta di investire la loro buona fede a profitto di interessi stranieri.

A questo intento nel Belgio, con felice intuizione, da cinque anni, si sono organizzate le così dette giornate mediche rivolte a creare centri di riunione, ove durante pochi giorni da 5 a 6, i medici, sotto la guida pratica e dimostrativa di Maestri competenti, possono acquistare le cognizioni atte a completare e rinnovare periodicamente la loro istruzione. Sono 5, 6 giorni durante i quali da mane a sera, d'ora in ora gli intervenuti, sinteticamente, brevemente, succosamente sono messi al corrente di ciò che di veramente nuovo ed utilizzabile nel pratico esercizio, si è via via conquistato.

Ed in 50 ore di tali insegnamenti si può molto apprendere quando maestri competenti si prestano a farlo, rinunciando ad ogni lenocinio di parola, ad ogni seduzione dottrinale, limitandosi al campo della scientia condita, mettendo da parte la scientia condenda. La esperienza di 5 anni ha dimostrato l'utilità di questa istituzione attuata già anche in vari centri di studio della Francia, e testè a Parigi.

Lo slancio col quale i medici vi accorsero e vi accorrono numerosi dimostra che ne hanno apprezzato il vantaggio e lo sentono. Istituzioni consimili mantenute severamente negli stretti confini ad esse assegnate potrebbero rendere grandi servigi ai medici Italiani ed è desiderabile che sorgano e si moltiplichino. L'Università classica è e deve restare l'alto centro dell'alta cultura a decoro della nazione, ma accanto ad essa devono sorgere ed organizzarsi gli insegnamenti applicati, intesi ad utilizzare e realizzare il valore dei veri nel suo seno ed ai suoi maestri via via rivelati. La voce potente e fatidica del grande Uomo di Stato che la Provvidenza ci ha elargito, richiama gli Italiani ogni giorno al senso della realtà, la sua mano gagliarda addita ogni giorno risolutamente la via a seguirsi perchè la Nazione assurga al fastigio di quella grandezza cui deve aspirare, mettendo in valore l'opera Italiana, fino ad ora troppo spesso depressa per esaltare la forestiera.

Questa voce echeggi potente in ogni centro di studi, questa via vi segua al di sopra di ogni convenzionalismo accademico, di ogni preoccupazione di classe, di ogni egoismo di scuola, colla sola visione del prestigio della scienza Italiana.

Questo il voto mio che certo è pure il voto vostro. Ed ora, nel nome Augusto della nuova Italia, del suo Re e del suo Duce gagliardo, cui invio in nome vostro un reverente e riconoscente saluto, iniziamo i lavori del nostro 32° Congresso.

***

Si alza quindi il prof. DEVOTO che vuole ricordare gli anni giovanili di LUIGI LUCATELLO, di quegli anni che trascorsero insieme sotto la stessa guida a Genova dal 1884 al 1899. In quel periodo grande e mirabile fu l'attività di LUIGI LUCATELLO sia per il suo brillante ingegno, che per la equilibrata misura di cui dette in ogni tempo larghe documentazioni. Egli in una vera propria mobilitazione, con una specie di ideale dedizione, potè in pochi anni arricchirsi di una ottima produzione che serviva ai suoi compagni di esempio, di incoraggiamento e di stimolo. « Questa nostra dedizione verso il Maestro, verso la Scuola, verso la nostra Università accresceva le nostre forze e noi col nostro fratello maggiore, il sen. Queirolo eravamo sempre pronti in ogni manifestazione. Ad esse, LUCATELLO mai assente, portava i suoi contributi caratterizzati da uno spirito di originale praticità. Oggi tutte le nostre famiglie sono colpite da questa scomparsa di un Maestro che ha servito la Scuola, il suo Ateneo, con tutta la sua salute, contro la sua salute e forse senza la sua salute. A nome di tutte queste nostre famiglie, delle famiglie degli studiosi italiani di Medicina io invio da qui, da questo Istituto creato da LUIGI LUCATELLO, alla degna sua Compagna la espressione del nostro vivo e profondo dolore ».

Il sen. QUEIROLO associandosi alle manifestazioni di cordoglio per la perdita di LUIGI LUCATELLO, reca il saluto suo e quello della Clinica Medica di Pisa. Con orgoglio egli lo accompagnò nella sua carriera. Invia pure un saluto alla memoria di BARLOCCO, giunto da solo un anno a quella cattedra alla quale lo avevano portato la sua cultura ed il suo sapere clinico. Ricorda gli studi compiuti dal LUCATELLO ed il contributo scientifico che egli portò ai vari capitoli della patologia e come facile interprete del metodo e dell'indirizzo clinico della scuola di Genova, ne continuasse le tradizioni nella scuola di Padova. All'alto intelletto era congiunto un cuore nobilissimo, sì che la sua partenza lascia col rimpianto una grande eredità di stima e di affetto.

Il sen. MARAGLIANO commentando brevemente le parole di DEVOTO e di QUEIROLO propone che nella Clinica di Padova sorga un ricordo marmoreo alla memoria di LUIGI LUCATELLO.

Presidenza: Sen. MARAGLIANO E. (Genova).

Relazione sulle reazioni biologiche nella diagnostica medica.

(Rivista).

Prof. CEVOLOTTO G. (Padova).

Conclusioni.

Il R. comincia passando in rassegna innanzi tutto la *reazione di Abderhalden* e rapidamente accennandone il fondamento. Ricorda le esperienze di DONATI sulla circolazione artificiale negli arti traumatizzati a dimostrazione della produzione di sostanze tossiche dovute a distruzione di cellule dell'organismo. Trattando della questione della specificità dei fermenti il R. pensa che si possa ad essa rispondere positivamente nei riguardi di un determinato organo.

La reazione di Abderhalden presenta certamente delle difficoltà di tecnica, alle quali sono in gran parte dovute le discordanze sui risultati ottenuti. Tutti i vari metodi proposti dall'A. stesso e da altri a modificazione del metodo primitivo non sono esenti da critiche. Tuttavia praticamente il metodo di Abderhalden risponde bene per la diagnosi di gravidanza, nelle tubercolosi e in altri stati infettivi e la reazione deve essere considerata come specifica.

Fra le modificazioni proposte, quella basata sulla introduzione di estratti liquidi poggia sulle ricerche italiane di SIVORI e de' suoi collaboratori e fa prevedere che resa la reazione di più facile tecnica, possa così perfezionata rendere maggiori servigi.

Il R. passa poi a considerare la *enzimoreazione* di SIVORI, REBAUDI e MENNITI, basata sul concetto che la specificità di essa sia legata non solo alla molecola proteica, ma anche ai suoi derivati. Le esperienze e i risultati confermano il fondamento teorico della reazione che è utilmente applicabile nella diagnosi delle malattie infettive (tubercolosi, sifilide, tifi, paratifi) ed allo studio degli stati endocrini, nonchè alla diagnosi di gravidanza.

Circa le reazioni che sono state studiate e proposte per la dimostrazione di neoplasmi con metodi umorali, il R. osserva come al presupposto teorico della esistenza di modificazioni umorali consecutive allo sviluppo di un tumore maligno non abbiano corrisposto i risultati dei varî metodi proposti.

Ricorda a tal proposito i lavori di ASCOLI, di MICHELI, di MARAGLIANO, di IZAR sul potere anticomplementare e osserva come tutte queste reazioni così come quelle basate sul potere antitriptico non abbiano valore per la pratica. Qualche risultato favorevole si è ottenuto colla reazione meiostagminica e con quella meiostagminica precipitante di Izar, mentre devono essere abbandonate la reazione all'epifanina e le intradermoreazioni. Così pure non hanno dato risultati concordi la reazione di Bothelo nè quella di Fischer, nè hanno dimostrato caratteri di specificità la reazioni di flocculazione o di intorbidamento.

Nella diagnosi di tubercolosi le reazioni di deviazione del complemento sia con il metodo di Besredka che con l'antigene tetralinico di Wassermann non hanno grande valore pratico risultando positive quando esistono sintomi di focolai in piena evoluzione.

Nella diagnosi della sifilide, la reazione di Wassermann non può essere considerata di assoluta specificità e per la diversità degli antigeni, e per i risultati aspecifici che si ottengono anche con le tecniche più rigorose. Interessanti sono le ricerche indirizzate a determinare la positività della reazione al di fuori dell'infezione sifilitica, iniziate da SACHS e KLOPSTOCK e riprese dal GAMNA. Non ancora chiarite sono le nostre cognizioni sulla parte del siero che entra nel meccanismo delle reazioni, e sulla importanza delle globuline e dei lipoidi.

Le reazioni di flocculazione non corrispondono esattamente a quella di Wassermann, e non possono sostituirla, ma devono essere se mai usate insieme con essa.

Argomento importante è quello relativo alla riattivazione della reazione di Wassermann. Ciò si ottiene meglio con iniezione di Neosalvarsan che con altri mezzi. È notevole il fatto che la riattivazione può far scomparire le reazioni aspecifiche.

La reazione alla luetina di NOGUCHI risponde bene allo scopo, ma non è largamente applicabile alla pratica per la quasi impossibilità di avere a disposizione la luetina originale, l'unica che corrisponde.

Fra le *dermoreazioni*, il R. si sofferma sulla reazione di V. PIRQUET alla tubercolina, discutendo le varie ragioni note che ne limitano la importanza nella pratica diagnostica. Interessante e importante si presenta la reazione di LEONE per le malattie delle ghiandole a secrezione interna con risultati confermati da numerose ricerche.

Circa i vari metodi proposti per la diagnosi delle malattie mentali, occorre distinguere quelli che sono stati utilizzatì per la dimostrazione di una infezione luetica. Fra questi accanto a quelli rappresentati dalla reazione di Wassermann e dalle reazioni di flocculazioni, stanno quelli aspecifici basati su reazioni colloidali (benzoino, mastice). I metodi proposti per la diagnosi di altre affezioni del sistema nervoso e specie per le malattie mentali (demenza precoce) rappresentati dalla applicazione ad esse della reazione di Abderhalden non hanno dato risultati di qualche valore.

Comunicazioni.

Sierologia e ricerche biologiche.

JACONO I. (Napoli). — Esponendo i risultati delle ricerche che da vari anni egli compie nel campo delle affezioni microbiche, riferisce gli studi eseguiti circa la questione delle reazioni immutarie nelle infezioni da monilie. Gli anticorpi davanti il complemento non sono strettamente specifici di funghi inoculati ma dimostrano affinità elettive anche con altri stipiti di monilie.

BOSSA GUIDO (Napoli). — Ha studiato sugli animali di laboratorio infettati sperimentalmente, lo choc emoclasico provocato col metodo del D'Amato. Ha sensibilizzato gli animali con culture di tifo, paratifo A, B, e di micrococco melitense, ed ha determinato lo choc emoclasico con iniezione di corrispondenti vaccini. Fra i vari fenomeni dello choc il più evidente è la leucopenia.

CEVOLOTTO G. e AVEZZI G. (Padova). — *L'enzimoreazione nella diagnosi di rabbia.* — Applicando per i primi detto metodo di indagine per la diagnosi di rabbia, hanno potuto constatare nelle loro numerose ricerche che la enzimoreazione è in tale campo strettamente specifica poichè ri-

sulta positiva solo in soggetti rabici (uomini o animali) e negli individui sottoposti a trattamento antirabico.

AVEZZÙ G. (Padova). — *Enzimoreazione per la rabbia ed immunità antirabica.* — Nello studio della enzimoreazione nella infezione rabbica, l'O. ha osservato che l'enzimoreazione compare positiva al 13° giorno dall'inizio della cura e che tale si può mantenere anche sino a 7 mesi dopo ultimata la cura. Egli pone ciò in rapporto con uno stato immunitario del soggetto, e rileva l'importanza del comportamento della enzimoreazione sia a scopo teorico che pratico.

MENNITI I. (Genova). — *La diagnosi delle neoplasie con l'enzimoreazione.* — Applicando l'enzimoreazione in 44 casi ebbe risultati positivi per il cancro in 27 sieri, e fra questi in 22 esisteva esatta rispondenza con il reperto operatorio o anatomo-patologico. La positività dell'enzimoreazione poi si dimostrò del 100 % nella sarcomatosi, dell'83 % nella sifilide, dell'85 % nella tubercolosi.

SIVORI L. (Genova). — *L'enzimoreazione nel suo stato attuale.* — L'O. dopo avere ricordato come l'enzimoreazione che da 5 anni è oggetto di diligenti studi, non sia nè la reazione di Abderhalden, nè una sua modificazione, passa a considerare i risultati che essa ha dato nello studio delle varie infezioni, tubercolosi, sifilide, tifo, rabbia, dei neoplasmi, e nel campo della endocrinologia.

Espone indi i risultati di ulteriori ricerche sul meccanismo della reazione donde emerge che:

1) l'antigene usato presenta la stadio dell'ultrapeptone;

2) l'ultrapeptone è dotato di specificità;

3) il fenomeno di ulteriore scissione dell'ultrapeptone si effettua secondo il noto processo digestivo.

Ciò è dimostrato dalla determinazione della attività idrogenionica del complesso siero più antigene, che presenta una accentuazione dell'acidità del siero nel caso di positività della reazione.

MARAGLIANO E. (Genova). — Prende la parola per porre in evidenza il valore pratico e positivo della enzimoreazione. Egli in molti casi ha potuto dirimere notevoli difficoltà diagnostiche mediante l'aiuto della enzimoreazione. Osserva come nel campo della tubercolosi l'enzimoreazione possa dare grandi servigi per l'accertamento di una infezione tubercolare mentre mancano segni apprezzabili di una qualsiasi localizzazione. Infine pone in rilievo come pochi si siano in Italia finora occupati dell'enzimoreazione, mentre molti continuamente lavorano su reazioni che ci pervengono dall'estero e che non sono di sicuro valore.

FORMICOLA P. (Napoli). — Riferisce le sue osservazioni sulle agglutinazioni per il tifo, paratifo A, B, e micrococco melitense, compiute aggiungendo alle emulsioni bacteriche la bile o il glucosio al 0,80 %. Ha notato che in tal modo le agglutinazioni si manifestano precocemente e ad un tasso più elevato.

Seduta antimeridiana del 26 ottobre 1926.

Presidenza: Sen. QUEIROLO (Pisa).

L'angina di petto.

Relatore: CASTELLINO P. (Napoli).

(Riassunto e conclusioni).

I progressi compiuti nella conoscenza della patogenesi che determina l'angina di petto sono molto scarsi in confronto delle osservazioni cliniche compiute, delle indagini sperimentali tentate e del tormento che per oltre due secoli ha agitato i nomi più illustri della clinica dinanzi al profondo mistero di questa grande tragedia della patologia umana, nella quale il più straziante e terebrante dolore, sorprendendo spesso nell'acme della vita quando questa meglio sorride e più pulsa nel gaudio di una emozione, nella gioia del pensiero estetico, scientifico o politico, nel fremito di una azione, spesso si conchiude nella morte.

La patogenesi dell'angina pectoris costituisce ancora un problema irrisoluto della clinica ad onta che Huchard avesse potuto raccogliere, già più di venti anni dietro, ben ottanta teorie patogenetiche diverse annunziate a vari intervalli e con varia fortuna dai suoi predecessori. Già un numero di teorie così copioso mette bene in guardia lo studioso sulla scarsa veridicità di ognuna di esse, le quali singolarmente esaminate potranno ben possedere un qualsiasi elemento di verità senza però che a nessuna possa giustamente essere assegnato il titolo di « vera ». Percorrendo fugacemente il quadro nel trattato dell'Huchard si prova l'impressione come tutte le ipotesi siano state esperite dagli Autori, poichè a ben nove teorie, che pretendono di riconoscere la genesi dell'angina di petto in un disordine polmonare o cardiopolmonare, fanno seguito tre sull'origine endocardica, dodici su quella miocardica, dieci su quella cardioarteriosa, ventiquattro sull'origine nervosa, undici su quella diatesica, quattro sulla infettiva e sette infine sulla tossica. A tutto questo elenco veramente copioso che ad ogni modo è una convincente dimostrazione del tormento spirituale degli Autori i quali si sono cimentati nell'arduo capitolo dell'angina di petto proponendone interpretazioni patogenetiche così diverse e spesso così dissenzienti l'una dall'altra, la cui varietà certo non giova a fare intendere l'argomento, bisogna aggiungere quelle più recenti di Clifford-Albutt, di Mackenzie, di Vaquez, di Wenckebach, di Merklen, di Gallavardin, di Danielopolu, accanto a qualche modifica proposta dal Martinet, dal Giuffrè e da qualche altro. Quasi si potrebbe ripetere il vecchio aforisma « quot capita, tot sententiae! », la cui applicazione però in patologia e in clinica ha in ogni tempo generato tenebre, piuttosto che portare luce.

Nessuno dubita che la morte per angina di petto sia una morte cardiaca, se vogliamo esprimere con parola del nostro idioma l'« Herztod », così cara agli anatomo-patologi tedeschi, ma tutti sanno del pari come le più gravi lesioni dell'endocardio, del miocardio, dell'aorta e delle stesse coronarie, accompagnate non di rado ai più profondi perturbamenti del

ritmo cardiaco e del circolo periferico determinino egualmente una morte cardiaca senza però che in nessun momento si possano sorprendere sul cardiopaziente crisi di angoscia dolorosa che per qualcuno, se non per tutti i loro caratteri almeno, siano paragonabili all'angina di petto. È questa ormai la vecchia obbiezione mossa a coloro che nella patogenesi dell'angina di petto hanno considerato addirittura come sacrilega qualsiasi teoria la quale per poco varcasse gli angusti confini segnati dalle alterazioni anatomo-patologiche del cuore e dei suoi vasi, benchè talvolta la stessa anatomia patologica abbia irriso al loro purismo con l'osservazione dei casi più squisiti di angina di petto privi di qualsiasi alterazione cardio-vascolare.

Una questione fondamentale, che non si trova posta da nessun Autore che abbia intrapreso indagini cliniche sull'angina di petto e che pur tuttavia richiede di essere innanzi tutto risolta, perchè una migliore luce ravvivi i misteriori meandri di questo grave problema di clinica, è quella di conoscere quali siano i sistemi organici più profondamente compromessi nell'anginoso o per lo meno più labili nel predisposto all'angina di petto e con quale ordine di decrescente importanza queste alterazioni vere e proprie o queste mejopragie si dispongano per plasmare la figura clinica di questo paziente. Una siffatta questione, oziosa per alcuni, è invece il tramite indispensabile per dipanare il complicato groviglio clinico e patogenetico e muovere verso un'interpretazione più corretta e più consona alla clinica stessa. Ebbene ad una tale quistione si può rispondere senza altro ammettendo recisamente una simbiotica mejopragia nell'anginoso che si esprime nei casi più gravi con una simbiotica alterazione morbosa sia del sistema cardio-vascolare, e specialmente del settore cardiaco, sia del sistema nervoso, specialmente nella sua porzione vegetativa destinata alla innervazione del cuore, ma ancora nei centri spinali e probabilmente anche bulbari e diencefalici con quella connessi. La mejopragia simbiotica di questi due sistemi è condizione indispensabile perchè si delinei la configurazione clinica dell'angina di petto, trova le sue ragioni fondamentali nella osservazione clinica innanzi tutto e nei fattori morfologici ed organo-genetici.

Una siffatta mejopragia potrà benissimo — e così accade in ogni caso — interessare in pari misura il sistema cardio-vascolare e quello nervoso, ma il più delle volte si distribuirà a questi ultimi in proporzione variabile e, molto probabilmente, variabile in misura inversa da un estremo con profonde labilità cardio-vasali e tenui labilità nervose, donde traggono origine i casi più gravi di angina di petto accompagnati da profonde lesioni anatomo-patologiche ora delle coronarie, ora del miocardio, ora dell'aorta, ora infine di tutte queste tre sezioni insieme fino all'altro con profonda labilità del sistema nervoso e scarse labilità di quello cardio-vasale, donde sorgono i casi privi o quasi di sostrato anatomo-patologico. Ad ogni modo però essa è una condizione indispensabile che costituisce il fondo del quadro dell'anginoso, su cui poi segneranno i loro screzi, per renderlo più vivo e più complesso, perturbamenti di altri sistemi e fattori condizionali rappresentati da cause psichiche tossiche, infettive.

In altri termini è il binomio morfologico « cuore-sistema nervoso », rappresentato quest'ultimo tanto dalla sua porzione intracardiaca, quanto da quella extra cardiaca, sia pure in varia misura, ma contemporaneamente predisposto, contemporaneamente sofferente, contemporaneamente alterato, che costituisce la trama fondamentale dell'anginoso, su cui poi tutte le altre correlazioni morfologiche, più o meno perturbate, tutti i fattori condizionali psichici, tossici, infettivi avranno più facile addentellato perchè si prepari il parossismo anginoso ora determinando riflessi cardiaci, come può ritenersi per le correlazioni morfologiche e le cause psichiche, ora creando, per le alterazioni che a prevalenza su di un settore cardio-vasale già predisposto si determinano, stimoli che esacerbano la già anomala replettività cardiaca.

Condizione necessaria perciò perchè sorga l'angina di petto è una peculiare costituzione nevrosica la quale, sotto forma di nevrosi metamerica, raggiunga la sua più elevata espressione nel « segmento neuro-vegetativo cardiaco », determinata ad un tempo tanto dalla contemporanea partecipazione di fattori idiotipici cardiaci e nervosi, quanto dagl'intimi rapporti embriogenetici tra cuore ed elementi nervosi ad esso destinati e messi infine in evidenza, ad eccezione dei casi meno frequenti in cui la nevrosi costituzionale, per la sua marcata intensità, non rappresenti l'unico fattore patogenetico dell'affezione, da cause esogene tra cui più spesso le alterazioni provocate dalla aterosclerosi e dalla sifilide.

La concezione della « nevrosi metamerica », la più opportuna, a mio avviso, come guida illustrativa per intendere la patogenesi dell'« angina pectoris », per il significato stesso che la Morfologia clinica, seguendo i grandi dettami del De Giovanni, le attribuisce, non può rimanere entro l'ambito angusto di una semplice interpretazione funzionale quale espressione di una mejopragia o di un perturbamento vero e proprio della funzione tanto del cuore, quanto delle vie nervose vegetative e di quelle cerebro-spinali poste nello stesso metamero, senza che si conoscano le note morfologiche dell'aberrazione evolutiva che la determina.

Innanzi tutto il carattere unitario dell'organismo presuppone che una siffatta nevrosi metamerica non possa intendersi come una aberrazione limitata a questo solo metamero in un individuo che abbia raggiunta una normale maturità ontogenetica e possegga perciò di pari passo ad un livello normale, tanto la struttura, quanto la capacità funzionale, entro ampi margini di adattamento, di tutti gli altri suoi organi ed apparati, quanto ancora più una perfetta integrazione di tutti i suoi sistemi di correlazione, morfologici, nevrosi ed endocrini. Una siffatta interpretazione contrasterebbe con i più elementari canoni di morfologia e di clinica sul concetto dell'« Individualità », poichè mal si comprenderebbe una aberrazione evolutiva di un metamero, specialmente di quello neuro-cardiaco, biologica-

mente così importante come uno dei nuclei fondamentali dei sistemi di correlazione e che rappresenta perciò uno dei principali centri della costellazione morfologica dell'organismo, separata dall'evoluzione di tutto il resto dell'organismo, quasi ad esprimere una grave e strana autonomia inesistente nell'organizzazione dei vertebrati superiori.

La nevrosi metamerica perciò va accettata come l'espressione di un'aberrazione evolutiva che comprometta in varia misura l'ontogenesi di tutto l'organismo, raggiungendo, per una peculiare combinazione dei fattori idiotipici, la sua più grave espressione nel metamero neuro-cardiaco

Gli anatomopatologi contemporanei, riconoscendo l'insufficienza del purismo schematico della dottrina cellulare, quale fu interpretata da Cohnheim, Marchand, Orth, cominciano ad apprezzare nel suo vero valore l'importanza dello sviluppo nella istogenesi del processo patologico. Questo indirizzo, accompagnato da larghe conoscenze di anatomia comparata, è fondamentale per lo studio veramente biologico dell'anatomia patologica costituzionale, la quale senza dubbio trarrà grandi vantaggi dall'incremento che promette lo studio della « Anatomia dell'Individuale », iniziato dal grande anatomico contemporaneo: l'Hammar.

Un riuscito tentativo di anatomia patologica della costituzione condotto secondo questo indirizzo su osservazioni anatomo-patologiche, in armonia coi dettami della morfologia clinica è quello che nella mia Scuola da alcuni anni va perseguendo il mio allievo Scala mercè indagini sistematiche sul simpatico celiaco raccolte in due pubblicazioni e mercè indagini che di recente ha tentate per cercare quale possa essere il sostrato morfologico della vagotonia e della simpaticonia. Il simpatico, specialmente nel suo settore celiaco, è appunto una delle strutture soggette alla più grande varietà, tanto per il numero, quanto per la forma e la struttura dei gangli celiaci, quanto più ancora per i suoi rapporti col vago e con lo splancnico. Questa sua varietà già messa in rilievo dalle pregevoli indagini morfologiche condotte sistematicamente su tutti i mammiferi dal Van den Broek, ha sorpreso l'attenzione dello Scala, tanto più che in molti stati normali ed anatomo-patologici egli ha trovato riprodotte delle conformazioni che ricordano stati normali di specie inferiori o di epoche antecedenti della vita dell'individuo. E l'importanza dell'osservazione, in base alla quale il mio allievo tenta di stabilire alcuni fattori morfologici della costituzione dedotti appunto dall'osservazione anatomica ed anatomo-patologica cresce ancora più ricordando come il simpatico, di tutto il sistema nervoso, specialmente nella sua porzione celiaca, sia la formazione più recente nella filogenesi e nell'ontogenesi. L'Autore in base a questi elementi di morfologia comparata considera il simpatico celiaco come una vera zona evolutiva dell'organismo la quale appunto per la sua origine più recente tanto più facilmente aberri dal tipo normale fornendo molto probabilmente un'espressione morfologica dei caratteri idiotipici individuali.

Con questo medesimo metodo ricordando la diversità cronologica e l'omodinamia morfologica tra vago e simpatico egli si è accinto allo studio dell'arduo problema sui fattori morfologici ed organo-genetici che lungo l'ontogenesi e ad ontogenesi compiuta possano decidere se nel regime nerveo-vegetativo dell'individuo prevalga l'impronta vagotonica o quella simpaticotonica, fornendo anche una felice interpretazione morfologica della mia dottrina delle « Vagoestesie e Simpaticoestesie parziali », biologicamente più giusta di quella della « Vagotonia » e della « Simpaticotonia » di Eppinger ed Hess, sorretta soltanto da un inspiegabile comportamento di alcune reazioni farmacologiche.

*
* *

Che il cuore con le sue importanti connessioni nerveo-vegetative e cerebro-spinali faccia parte di un medesimo metamero, che non esito a chiamare « cervicale » e di cui il miotomo, il celotomo, il vasotomo e la porzione viscerale del neurotomo, per intrinseche ragioni evolutive, siano migrati più in basso nel torace e più ventralmente, mentre la porzione neurale o dorsale del neurotomo conservi anche nella perfetta maturità ontogenetica una prevalente disposizione cervicale, è luminosamente dimostrato dai primordi dell'organogenesi del cuore e dai precoci rapporti che questo contrae con i primi abbozzi cervicali del vago e del simpatico. La porzione dell'aorta primitiva, nota come tubo cardiaco primitivo e sede delle prime ed importanti modificazioni morfologiche che daranno origine al cuore trovasi infatti ubicata nella regione cervicale, la più importante nell'organizzazione filogenetica od ontogenetica, come fa rilevare il mio allievo Scala, perchè proprio in questa regione si delineano le prime modificazioni del tubo digerente, i suoi rapporti con gli archi branchiali, le prime connessioni di tutti questi abbozzi viscerali col sistema nervoso attraverso la migrazione di elementi nervosi che traggono origine dai nuclei bulbari del vago i quali precocemente si differenziano con disposizione metamerica dalla porzione cervicale del neuroepitelio fin dal suo stadio di piastra e prima ancora che siansi formati la doccia ed il tubo neurali.

La soverchia considerazione rivolta dai vari Autori ora a questo, ora a quel fattore ha provocato nello studio della « angina pectoris », come del resto è accaduto per la maggior parte dei capitoli di patologia, le numerose classificazioni e distinzioni le quali non hanno certo giovato per intendere la natura di questa importante affezione. Sono convinto che la patologia speciale, traendo le sue linee direttive da quella generale, le grandi sintesi della Clinica, debba piuttosto unificare che suddividere, perchè a questa ultima incombe il gravoso compito di tentare l'ardua e suprema suddivisione del quadro nosologico che s'identifichi con l'individualità del paziente, nel cui esame clinico soltanto è consentito stabilire quali fattori etiologici e patogenetici, tra tutti i numerosi presi in considerazione dalla patologia dottrinaria, prevalgano a secondo quale ordine cronologico e di importanza essi siansi succeduti nel determinismo patogenetico, creando quelle mutue interferenze donde si delinea e trova

tutta la sua giustificazione biologica e clinica quel determinato caso.

Non intendo affatto elevare il concetto della « Nevrosi metamerica », ispirato alle sane conoscenze di Morfologia Clinica del mio Maestro ed arricchito da quanto di pregevole offrono i recenti progressi della Dottrina costituzionale, alla importanza di una teoria patogenetica dell'*angina pectoris*. In tal modo non farei che aggiungere un'altra alle tante teorie, non priva anch'essa di insufficienze e di lacune, la quale verrebbe ad accrescere quella confusione da me varie volte deplorata. Col concetto della « Nevrosi metamerica » eretta su basi principalmente morfologiche io spero di additare soltanto la via, lungo la quale tutte le principali opinioni finora sostenute ed a nessuna delle quali si disconoscono elementi di parziale verità, possano trovare quella necessaria composizione nella sintesi, che è condizione indispensabile per avviarsi verso una interpretazione patogenetica dell'« angina pectoris », consona alla biologia ed alla clinica. Nel concetto infatti della « Nevrosi metamerica » sono riposti gli elementi per potere apprezzare utilmente l'abito dell'anginoso.

Le variazioni nell'origine, nel decorso e nella distribuzione delle stesse coronarie vanno seriamente meditate come carattere di aberrazione evolutiva, sia perchè queste arterie, trovandosi soltanto negli alti vertebrati debbono considerarsi di origine molto tardiva nella filogenesi sia ancora perchè la clinica e la anatomia patologica della stessa angina di petto registrano già delle osservazioni di questa malattia in individui i quali presentano un'anomalia arteriosa costituita dalla esistenza di una sola coronaria.

Ma l'attenzione va principalmente rivolta per sorprendere delle aberrazioni evolutive del cuore, alla conformazione e alla struttura del suo « sistema specifico di conduzione atrio-ventricolare » che per alcuni evidenti caratteri embrionali dei suoi costituenti morfologici può considerarsi una vera « zona evolutiva del cuore ».

La variabile struttura del sistema nervoso intracardiaco dell'uomo e dei mammiferi superiori, nei quali invano si cerchino disposizioni analoghe a quelle schematiche degli anfibi, sono un altro elemento morfologico che va preso in seria considerazione insieme con la struttura dello stesso sistema specifico di conduzione.

Se poi vi ha settore del metamero che possa andare incontro alle maggiori aberrazioni evolutive, questo è costituito dall'insieme dei nervi extra cardiaci forniti dal vago o dal simpatico cervicale e dal plesso cardiaco di cui elemento costante può considerarsi soltanto il ganglio del Wriesberg. In una descrizione schematica è ben facile affermare da un lato che la porzione cervicale del vago fornisca ad altezze variabili due o tre rami cardiaci detti « superiori », che il ricorrente ne dia dalla convessità altrettanti, detti « medi », che la porzione toracica infine ne distacchi gli altri, detti « inferiori » e dall'altro lato che tre nervi cardiaci derivino al cuore dal simpatico cervicale distaccandosi dal primo, dal secondo e dal terzo ganglio cervicale, ma in realtà ben poche strutture anatomiche presentano come questa altrettante varietà individuali, le quali sono innanzi tutto uno ostacolo quasi insormontabile a stabilire il tipo normale. Se minori sono le difficoltà per determinare i rami cardiaci del vago nell'ambito delle derivazioni di questo ultimo, trovasi senza dubbio un grave disagio a riconoscere nell'uomo strutture morfologicamente omologabili al « depressore » descritto da Ludwig e Cyon nel coniglio. La determinazione morfologica di questo ramo è di una altissima importanza nell'uomo specialmente dopo le ricerche fisiologiche eseguite sul coniglio da Koster e Tschermak e confermate da altre degne di menzione del La Franca, che riconoscono in questo nervo un meccanismo protettivo (Schutzventil) preposto al cuore e capace nell'ipertensione del cuore e nell'eccessiva distensione dell'aorta di abbassare in via riflessa l'attività dei vasomotori, comportandosi come nervo aortico centripeto o sensitivo, dopo il valore dato dal Danielopolu agli « stimoli pressori » e « depressori » che in condizioni normali percorrerebbero in gran parte il parasimpatico, dopo il credito di cui hanno goduto le varie teorie patogenetiche dell'angina di petto che mettono in causa il depressore o direttamente come quella di Eppinger ed Hofer od attraverso i varii stadi di distensione aortica come quelle di Vaquez, Merklen e Wenckebach. La miglior cosa è accettare quanto hanno stabilito le indagini del Kreidrmann e quelle più recenti dello Schumaker, secondo le quali nei mammiferi il depressore è un nervo costante con identica disposizione a quella descritta dai suoi Autori nel coniglio e che nell'uomo trova il suo analogo, se non propriamente l'omologo, in rami cardiaci superiori del vago ed in quello cardiaco del ricorrente, distribuendosi a preferenza nella parete aortica.

Molto più ardua è la distinzione dei tre rami cardiaci del simpatico, tanto più che la distinzione dei tre gangli nella porzione cervicale, fonte rispettiva di origine di ciascuno di quelli, è ben lungi della realtà, sia per la incostanza del secondo ganglio cervicale, sia per il variabile grado di commistione del terzo coi primi due toracici per formare il ganglio stellato.

La struttura del plesso cardiaco superficiale cui concorrono in gran parte elementi vagali, ma anche simpatici e quella infine del ganglio di Wrisberg sono soggette a tali variazioni da poter senza tema di errore fare affermare che ogni individuo offre una conformazione caratteristica, specialmente se per il ganglio si ricordi come tutte le gradazioni si constatino da quelle in cui uniche rappresentanti del ganglio sono soltanto cellule nervose disposte con erratica distribuzione tra i rami del plesso, attraverso quelle in cui trovansi due o tre piccoli gangli, fino alla tipica presenza di un ganglio unico, bene sviluppato.

Ma le difficoltà s'ingigantiscono addirittura, ricordando quante numerose anastomosi connettano tra loro i singoli rami cardiaci del vago e del simpatico da un lato e quanto variabili siano le anastomosi che uniscano lo stesso vago al disotto del ganglio nodoso col simpatico cervicale. Se esse in-

fatti sono forse più intime nei mammiferi, secondo quanto si apprende da un accurato e fondamentale studio di sistematica condotto dal Van den Broek esprimendo forse in tal modo ancora le tracce di una fusione completa del vago e del simpatico stesso, come è caratteristica dei primordi della filogenesi, non meno lasse però possono ritenersi nell'uomo. Le indagini scrupolose infatti condotte su questo ultimo da Müller, Brüning, Braeuecker, Schilf e Fick convincono come anche nell'uomo non sia agevole riconoscere al vago ed al simpatico il carattere di unità anatomiche distinte. Una siffatta questione morfologica, di soluzione tanto ardua, non è priva di ripercussione sulle attività fisiologiche che debbono riconoscersi a questo livello ai due settori del sistema nervoso vegetativo, tanto più che anche la stessa indagine istologica che, in mancanza di quella anatomica, è stata tentata dagli Autori poco soccorre allo scopo. La distribuzione infatti tanto delle fibre amieliniche e di quelle mieliniche sottili, quanto di quelle mieliniche spesse, quelle ancora delle cellule ganglionari simpatiche e di quelle spinali appare tanto capricciosa nei varii territori nervosi dipendenti dal vago e dal simpatico cervicale che non è certo facile in base ad essa di affermare ove i tronchi nervosi siano una diretta emanazione del primo, ove invece del secondo.

Tanta molteplice varietà delle vie vago-simpatiche cardiache che giunge fino a vere e proprie differenze individuali, se da un lato giustifica la contemporanea variabilità di alcuni sintomi clinici dell'angina di petto, specialmente della diffusione e della irradiazione del dolore, è argomento di non scarso valore per farci intendere come nel contesto di queste vie nervose, tramiti degli stimoli dolorosi, pressori e depressori, che partono dal cuore, dalle coronarie e dall'aorta e membro senza dubbio importantissimo dell'anello circuito entro cui si inizia e spesso si conchiude la crisi anginosa col non raro arresto del battito cardiaco, possono essere facili le aberrazioni evolutive. Chè anzi di tutti i costituenti del metamero neuro-cardiaco la morfologia stessa per le suddette considerazioni insegna come quello vegetativo vago-simpatico aberri più facilmente di quello cardiaco e di quello centrale. E se poi ricorderemo come varî, specie nel settore dorsale, il livello delle radici spinali in connessione dei rami comunicanti che conducono le fibre del simpatico cardiaco, trarremo ancora un altro elemento che accentua le possibili aberrazioni evolutive. Infatti se possono le quattro ultime cervicali ritenersi con una certa costanza, vie ai centri e dai centri delle fibre appartenenti ai rami comunicanti più elevati delle vie simpatiche cardiache, non altrettanto può affermarsi delle prime due dorsali. Le recenti ricerche anatomo-fisiologiche del Danielopolu terrebbero a fare ammettere la costante ed esclusiva partecipazione della prima radice dorsale. Ma, pensando alla varietà numerica dei gangli cervicali del simpatico e soprattutto al modo come si costituisce il terzo confondendosi ora col solo primo toracico, ora coi due primi, ora ancora col secondo ganglio cervicale — e sono i casi più frequenti della mancanza di questo ultimo per formare quella complessa struttura conosciuta come « ganglio stellato » — si comprenderà facilmente come alle connessioni centrali delle vie simpatiche cardiache concorrano ora la prima radice dorsale soltanto ed ora le due prime radici. Tale quistione non è oziosa, ma di un grande interesse, poichè di pari passo con quello del settore simpatico, dei rami comunicanti e delle radici spinali varia anche il livello dei centri spinali e delle vie intercentrali che raccolgono per trasmettere sensazioni ai piani superiori bulbari e diencefalici o da questi ricevono impulsi che attraverso le vie simpatiche saranno vasomotori ed eccitomotori. Bene avrebbe fatto l'anatomia patologica se, invece di attendere l'accordo tra le varie opinioni cliniche, come dichiarava Sternberg in una riunione delle Società di Medicina e di Pediatria promossa a Vienna dal Wenckebach nel 1924 per discutere la patogenesi dell'angina di petto quando ammetteva l'impossibilità di riconoscere le vere alterazioni anatomo-patologiche di questa malattia, per proprio conto, al di fuori delle ben note alterazioni di circolo, infiammatorie e sclerotiche delle coronarie e di quelle sclerotiche del miocardio e dell'aorta, incostanti da un lato ma connessi dall'altro con varie cardiopatie nettamente distinte dalla stenocardia, si fosse accinta ad una indagine sistematica del modo e della misura come possono variare i caratteri morfologici delle varie sezioni del metamero neuro-cardiaco. La clinica si muoverebbe oggi su di un terreno più sicuro sorretto da salde fondamenta biologiche ed anatomo-patologiche di quanto non siano i vari accenni alle variazioni individuali riconosciute dal Mönckeberg nelle pagine di introduzione che Egli fa precedere alla trattazione dell'anatomia patologica del cuore e dei vasi nel recente trattato pubblicato sotto la direzione di Henke e di Lubarsch.

E passando rapidamente in rassegna le principali teorie il R. dice che:

innanzi tutto la dottrina della claudicazione intermittente del cuore dovuta a lesioni delle coronarie sostenuta per la prima volta da Potain ed ampiamente sviluppata da Huchard fino ad assurgere all'importanza di una vera dottrina coronaria se può riassumere molti casi di angina pectoris non offre d'altro canto da sola una sufficiente interpretazione del meccanismo secondo cui esplode la crisi dolorosa sia per i casi non pochi in cui le coronarie sono perfettamente integre, sia per gli altri casi nei quali si osservano al tavolo anatomo-patologico importanti alterazioni atero-sclerotiche delle coronarie senza che mai siansi constatate manifestazioni anginose nel paziente e sia infine ancora perchè il dolore da claudicazione intermittente per arteriosclerosi periferica non insorge mai così bruscamente come quello dell'angina ma attraversa tutta una genesi da una sensazione di molestia dolorosa fino al parossismo grave che proibisce al paziente di continuare il cammino.

La dottrina della aortalgia sostenuta principalmente da Merklen e Wenckebach anche essa da sola è insufficiente sia perchè aortalgie di più sicura diagnosi prodotte da aterosclerosi aortica, come specialmente nella forma di Hogdson e da aneurisma dell'aorta non posseggono affatto come opportunamente fa osservare l'Ortner, i caratteri, la diffusio-

ne e le ripercussioni sulla psiche della crisi dolorosa dell'angina e sia ancora perchè moltissimi casi di siffatte affezioni decorrono, senza che il paziente accusi sofferenze dolorose di sorta retrosternali.

La dottrina dell'esaurimento miocardico (épuisement) del Mackenzie pur avvicinandosi alquanto più delle altre alla verità anche essa è incompleta, poichè il dolore non è sempre manifestazione indispensabile dell'insufficienza cardiaca, conoscendosi insufficienze miocardiche gravi e letali che decorrono funestamente senza che il paziente accusi dolore.

La dottrina infine dell'intossicazione miocardica del Danielopolu anche essa non soddisfa a pieno, perchè scarsamente dimostrata da argomenti sperimentali e clinici. Il contributo migliore fornito da questo insigne clinico rumeno contemporaneo e che a mio avviso ha maggior valore della stessa dottrina patogenetica dell'angina di petto da lui proposta è lo studio veramente definitivo sul percorso delle vie sensitive cardio-aortiche. Da esso è chiaramente dimostrato in contrasto con quanto affermano i suoi conterranei Jonnesco e Jonescu che in condizioni normali le vie sensitive passano in prevalenza attraverso il parasimpatico, mentre nelle condizioni patologiche che determinano l'angina preferiscono il simpatico. L'Autore avrebbe dovuto preoccuparsi di determinare queste condizioni: forse dalla soluzione di questo problema sarebbe derivata quella della patogenesi dell'angina.

Queste sono le principali dottrine che destano il maggiore interesse, anche perchè sono esse che di più si avvicinano alla verità.

Consentitemi che io ricordi una fulgida triade di Clinici Italiani, di cui uno tuttora sopravvive trasumanato a rappresentare il Nestore di nostra scienza, al cui nome quale rappresentante dell'Ateneo Napoletano, ove per tanti anni profuse i tesori della sua esperienza, mi inchino: Antonio Cardarelli, Guido Baccelli e Pietro Grocco. I tre luminari della nostra clinica nello studio dell'arduo problema dell'angina di petto non seppero unanimamente distogliere la loro attenzione dall'importanza del sistema nervoso nella patogenesi di questa affezione. Il Baccelli parla chiaramente di neuro-cardiopatia e si esprime con parole scultorie che meritano di essere riferite perchè dimostrano la visione profonda e permettetemi che io affermi anche giusta che Egli ebbe dell'affezione. « Che l'angina di petto debba riporsi tra gli spasmi del sistema nervoso... non v'ha chi ne dubita quando rifletta così ai modi della invasione, al tempo che dura, ai gradi onde inacerbisce; alle morbose simpatie che ridesta, come finalmente alle guise onde tocca al suo termine. Difatti: o inopinatamente, o previa alcun sentire, dietro cagioni il più sovente in apparenza menome, insorge questa forma morbosa. I parossismi acquistano una certa cadenza e tale da inspirarti a volta il sospetto di un periodo: più o meno gravi nelle sofferenze primitive, rivelano tal fiate una tendenza all'aggravio come discorra più tempo dal primo loro apparire ».

L'osservazione clinica sagace può da sola porre un problema prima che attenda i sussidii della fisiopatologia sperimentale. La Clinica è la prova suprema della biologia da cui mal si dissetano i suoi cultori quando invano pretendono dal laboratorio la soluzione di ogni questione.

Una questione nata nella Clinica non può che in essa stessa trovare la sua soluzione e dall'esperimento non può trarre che gli elementi offerti in condizioni di maggiore semplicità, dovute sia alla più bassa organizzazione dell'animale su cui l'esperimento stesso si esegue, sia al minor numero di condizioni in questo determinate o prese in considerazione. Quegli elementi per il clinico hanno un inestimabile valore solo se vengano assunti come il modello più semplice intorno a cui la osservazione scrupolosa del paziente connetta arricchendo il numero ben maggiore di fattori desunti dalla tanto più complessa organizzazione dell'uomo e delle interferenze variabili per ogni singolo individuo tra le cause endogene e le esogene.

E dopo questo omaggio alla sublime disciplina che mi onoro di professare e questo giusto ricordo del contributo spesso negletto che i tre luminari italiani dettero al problema dell'Angina di petto, concludo:

1) Al pari del Baccelli considero l'angina di petto come una neuro-cardiopatia nel senso che si organizza a preferenza in individui tarati in special modo da una contemporanea ereditarietà neuropatica e cardiopatica, cui sono dovute rispettivamente corrispondenti labilità tanto del cuore, quanto del sistema nervoso.

2) I fattori idiotipici di questa duplice ereditarietà non si esprimono costantemente in una pari misura, ma a volte prevalgono quelli dell'ereditarietà cardiopatica, a volte prevalgono quelli della neuropatica. I casi del primo tipo sono di solito quelli in cui le maggiori labilità cardiache segneranno più nel cuore le note della mejopragia accentuando la predisposizione ove del miocardio, ove delle coronarie, ove dell'aorta all'aterosclerosi, e formando in tal modo, gli esempi di angina di petto con alterazioni anatomo-patologiche. I casi invece del secondo tipo sono quelli in cui la maggiore labilità delle vie e dei centri nervei diminuisce la necessità di vere e proprie alterazioni anatomo-patologiche del cuore perchè sorga l'angina. Questa può esprimersi anche in assenza di quelle alterazioni trovando la sua fonte di origine in stimoli che partono dal cuore sempre però meno evoluto che in condizioni normali. Tali stimoli possono essere le stesse modificazioni fisiologiche dovute alla attività della fibrocellula miocardica che nel cuore stesso per la sua minore evoluzione ontogenetica e più ancora nelle vie nervose cardiache più profondamente aberrate trovano il sostrato di una particolare risonanza che raggiunga la soglia del dolore.

3) La sensibilità dolorifica del cuore è proprietà fisiologica di esso ma latente in condizioni normali di completa evoluzione ontogenetica. Essa è tanto più evidente, quanto meno evoluto è il cuore e perciò la sua presenza, anche quando appaia suscitata con stimoli di maggiore intensità di quelli fisiologici, quali possono essere le alterazioni anatomo-patologiche, rappresenta sempre un indizio della minore evoluzione del cuore.

4) I caratteri clinici dell'angina di petto confer-

mano il concetto della neuro-cardiopatia poichè per la loro distribuzione metamerica convincono della necessaria compartecipazione perchè l'angina di petto si generi di una contemporanea sofferenza, sebbene distribuita in variabile misura, sia del cuore quanto delle vie neuro-vegetative e cerebro-spinali con quello connesse.

5) La sinergica interferenza di fattori ereditari cardiaci e nervosi si esprime con una prevalente mejopragia di tutto un metamero dell'organismo: metamero neuro-cardiaco la cui esistenza è avvalorata da ragioni morfologiche, embriologiche, fisiologiche e fisiopatologiche.

6) L'aberrazione del metamero neuro-cardiaco non è un fatto morboso isolato, ma soltanto l'espressione più grave di un'aberrazione evolutiva generale di tutto l'organismo indispensabile perchè si organizzi il terreno costituzionale che predispone all'angina.

7) La predisposizione immediata a questa affezione va ricercata in una vera « nevrosi metamerica », intesa sopratutto secondo il significato della Morfologia Clinica e le aberrazioni evolutive che possono concorrere a determinarle, trovano facile terreno tanto nel cuore e nei suoi annessi con particolare attenzione all'arco dell'aorta, all'origine, alla disposizione e al decorso delle coronarie, al suo sistema specifico di conduzione atrio-ventricolare e specialmente ai rapporti di questi l'innervazione intracardiaca, quanto nelle vie nervee vegetative vago-simpatiche dirette al cuore.

8) L'aberrazione evolutiva di un siffatto metamero è più facile nel megalosplancnico e si esprime con un prevalente regime del vago sul simpatico.

9) Tale prevalente regime, indizio di una vera e propria vago-estesia parziale, trova la sua ragione nella comparazione delle forme nevrosiche frequenti nella gioventù e nella donna, nella frequenza con cui la crisi sorprende durante la notte.

10) La prevalente vagotonia dell'anginoso connessa con un'insufficiente evoluzione delle vie simpatiche, fa queste più pervie e perciò conduttrici a preferenza di stimoli dolorosi e pressori i quali in condizioni fisiologiche preferiscono le vie del parasimpatico.

11) Il parasimpatico nell'anginoso diventa la via preferita delle stimolazioni centrifughe causa prevalente di spasmi nel letto delle coronarie che conservano, a mio avviso, tutta la loro importanza nella patogenesi dell'angina determinando un circolo vizioso, poichè il disturbo di circolo che ne deriva al miocardio accentua quegli stimoli che hanno dato esca alla crisi.

12) Tutti questi elementi patogenetici traggono gran parte della loro ragion di essere dai peculiari caratteri costituzionali da me riconosciuti all'anginoso: si esaltano e si accentuano se alterazioni anatomo-patologiche frequenti delle coronarie trovando una giustificata ragione di questa frequenza appunto nel perturbato regime vasomotorio di questi vasi, del miocardio e della aorta sopraggiungono favorite da cause tossiche esogene od endogene od infettive addirittura, fra le quali ultime e principalmente merita di essere presa in considerazione la sifilide.

La cura dell'angina di petto.

Relatore: T. PONTANO (Roma).

Conclusioni.

1) L'angina di petto è sindrome morbosa: oscura ne è la patogenesi, incerti ed incompleti sono i dati etiologici, mal sicuri ed irti di inesplicabili contraddizioni sono i dati anatomopatologici, i dati sperimentali, fisiologici e fisiopatologici.

2) Per la sua veste di sindrome morbosa, per la molteplicità delle malattie, sulle quali si innesta l'episodio angina pectoris, per la variabilità delle condizioni determinanti o favorenti le crisi di angor, per l'oscura patogenesi, la terapia incontra gravi, spesso insuperabili, difficoltà.

3) L'indirizzo curativo, razionale per quanto è possibile al momento attuale, deve tener conto:

a) degli elementi morbosi che riteniamo, caso per caso, fondamento anatomico e fisiopatologico della sindrome clinica, e, là dove è possibile, correggerli;

b) del meccanismo di produzione dell'accesso di angina e deve opporsi ad esso;

c) delle cause occasionali, e deve evitarle;

d) delle vie attraverso le quali avviene la conduzione e l'irradiazione del dolore, e deve interromperle all'occasione.

4) Lo studio del malato (costituzione, esame degli organi) e specialmente di quelle alterazioni cardiovasali ed extracardiache che sono etiologicamente importanti nell'anginoso, è condizione prima ed essenziale della cura.

a) Vengono in considerazione in prima linea le malattie cardiovasali in senso generico e, tra queste, quelle che si accompagnano ad insufficienza del miocardio.

b) Il rapporto di dipendenza tra insufficienza cardiaca e angina di petto non è ancora definito e non può essere riassunto con un aforisma; la clinica insegna però che talora della cura dell'insufficienza cardiaca, e specialmente negli scompensi del cuore sinistro, si avvantaggia l'anginoso nelle sue crisi e che la terapia dello scompenso è dovere urgente dell'anginoso. Nessun rimedio cardiocinetico è controindicato, sono ingiustificati i timori contro l'uso della digitale. Ogni riserva deve essere mantenuta sull'uso dei cardiocinetici ad azione brutale e potente, come la strofantina per via endovenosa.

c) L'ipertensione degli scompensati non è controindicazione all'uso dei cardiocinetici (digitale), nè controindicazione è l'ipertensione per sè, quando compaiono episodiche insufficienze ventricolari insieme con gli accessi da angina (edema polmonare, dispnee parossistiche notturne, ecc.).

Quando invece all'ipertensione non si accompagnino segni di insufficienza miocardica, della cura ipotensiva si avvantaggiano gl'ipertesi anginosi.

d) La sifilide si riscontra nel 20-40 % degli anginosi; l'aortite è la localizzazione anatomica più frequente. Nessuna lesione cardioarteriosa luetica è controindicazione alla cura antisifilitica, solo lo scompenso cardiaco deve rendere cauti nell'iniziare cure antisifilitiche e deve escludere i

rimedi a rapida azione e i metodi di cura intensiva.

Le somministrazioni di mercurio, di bismuto, di salvarsan devono essere regolate con prudenza all'inizio, ma devono essere ripetute per lungo tempo con insistenza; nella maggior parte dei casi è utile seguire l'indirizzo consigliato per le sifilidi viscerali in genere, di non raggiungere cioè le dosi più elevate, ma di insistere con cure prolungate.

I vantaggi della cura, in una notevole percentuale degli anginosi sifilitici, si traducono nella scomparsa temporanea o definitiva degli accessi, in un gruppo la cura fallisce e anche se ripetuta a lungo, fallisce d'ordinario la cura antisifilitica negli anginosi non sifilitici. Solo in qualcuno di questi è giustificato un adeguato tentativo.

e) Le altre condizioni morbose cardiovasali sono meno importanti nei riguardi della terapia.

Condizioni morbose extracardiache (lesioni pleuriche, pericardiche, mediastiniche, del sistema nervoso) possono dare luogo all'insorgenza di crisi di angina; la cura della malattia si confonde con la cura dell'angor.

5) La terapia segue un indirizzo patogenetico e sintomatico nella cura dell'ascesso: quando ogni dato etiologico manchi, ad esso è necessariamente circoscritta.

6) Non abbiamo nozioni sicure sulla natura dello stimolo, sul punto d'insorgenza, sulle vie anatomiche seguite, sulla funzione dei nervi cardiaci, sull'importanza dei reperti anatomici e delle coincidenze cliniche: le direttive patogenetiche risentono di questo stato di disagio.

7) La terapia medica dell'accesso d'a. p. segue per ora le linee segnate dall'ipotesi vascolare (coronaria), ipotesi che non si può più identificare nè con la stenosi nè con la coronarite.

8) Va segnato per ordine d'importanza, l'effetto utile dei nitriti (nitrito d'amile, nitrito di sodio, trinitrina, tetranitrato di eritrolo):

a) Il nitrito d'amile è d'azione pronta e, in gran numero di casi, efficace a troncare l'accesso, la sua azione si esercita per via vasale (dilatatrice). È utile in tutti gli anginosi purchè non scompensati o ipertesi con congestioni regionali e scarso compenso vasomotorio: in tali condizioni può riuscire anche pericoloso. Anomalie circolatorie, anastomosi vascolari con parete ancora integra, spiegano l'efficacia del rimedio anche in casi di stenosi di uno degli orifizi o di alterazioni diffuse ai grossi tronchi coronari.

b) Il nitrito di sodio, la trinitrina, il tetranitrato di eritrolo hanno le medesime indicazioni del nitrito d'amile; si deve solo tener conto della loro azione meno pronta e più duratura.

9) Indicazioni d'ordine sintomatico importanti sono: l'uso della morfina, della morfina e atropina nei gravi accessi dolorosi prolungati; nessuna controindicazione all'uso oculato di essi. I bromuri, il cloralio le applicazioni calde sono da ricordare; dannosi riescono i mezzi di terapie troppo complicate fisiche nel momento dell'accesso, che richiede il riposo più assoluto.

10) Nella prevenzione degli accessi conservano ancora, come mezzi di terapia medica, il primo posto i nitriti; viene dopo la teobromina e specialmente l'associazione dei due rimedi.

Il riposo, la dieta opportuna, la proibizione di tossici, specialmente di quelli a spiccata azione vasomotoria (tabacco), mantengono notevole importanza.

11) La cura medica può portare alla guarigione degli accessi, può notevolmente migliorare le condizioni di gran numero di malati e accompagnarli fino ai naturali periodi anche prolungati di tregua; deve essere tentata e con oculatezza in ogni caso.

12) In una percentuale ancora alta di casi però ogni mezzo di cura medica fallisce e nel correggere i danni dell'accesso e nei tentativi di prevenirlo. In questi casi è giustificato il tentativo di sopprimere gli accessi, interrompendo chirurgicamente le vie di conduzione del dolore.

L'intervento è giustificato e per l'importanza, che nella vita del paziente assume per sè la crisi di dolore angoscioso, e perchè in un certo numero di casi con la crisi di angor coincide la morte improvvisa.

13) Nuova importanza per il clinico hanno assunto, per gli scopi dell'intervento, le conoscenze sulla innervazione cardiaca e sulle vie conduttrici del dolore.

All'innervazione cardiaca presiedono il vago ed il simpatico: essi regolano l'attività cardiaca e conducono ai centri gli stimoli normali ed abnormi provenienti dal cuore e dall'aorta.

L'anatomia è insufficiente a delimitare esattamente i confini dei due nervi.

La fisiologia ha riconosciuto l'azione moderatrice del vago, acceleratrice del simpatico; vie sensitive sono rappresentate dal depressore, da una parte del simpatico.

Con le vie sensitive decorrono oltre che alle fibre moderatrici e le acceleratrici, anche le vasomotrici (simpatiche e forse vagali).

Incertezze e contradizioni sulla via seguita dalle fibre sensitive persistono a malgrado dei mirabili contributi di questi ultimi anni. La maggior parte dei fisiologi si accorda nel ritenere come vie sensitive:

a) i nervi cardiaci inferiori, i gangli cervicale inferiore e primo toracico, e i relativi rami comunicanti (vie sensitive inferiori);

b) i rami simpatici che si accollano al vago e per mezzo di anastomosi collegano il ganglio nodoso e il ganglio cervicale superiore, i relativi rami comunicanti, forse il nervo cardiaco superiore (vie sensitive superiori);

c) forse il vertebrale;

d) il depressore

Non passano fibre sensitive per il cordone del simpatico.

Ma per una definitiva sistemazione delle vie sensitive cardioaortiche nell'uomo sono necessarie ulteriori ricerche sperimentali sull'animale, fisiopatologiche sull'uomo stesso. La clinica, coi resultati ottenuti nella cura chirurgica dell'angina di

petto, contradice ad alcune nozioni di fisiologia e attende la spiegazione dei fatti contradittori.

Sebbene il simpatico sembri per ora il conduttore del dolore, anche questo punto del problema dovrà essere meglio rischiarato ed accertato.

14) Alcuni tentativi di cura si propongono di interrompere la conduzione sensitiva portando anestetici o sostanze neurodistruttive (alcool) a diretto contatto coi nervi (puntura paravertebrale, anestesia dei rami comunicanti, dei nervi spinali, dei gangli simpatici).

Sono segnalati resultati incoraggianti. L'effetto degli anestetici è sempre temporaneo, spesso fugace. Si addice il metodo a casi eccezionali con stato anginoso invincibile e minaccioso. Sugli effetti dell'alcool manca sufficiente esperienza.

15) L'intervento chirurgico si propone di interrompere le vie di conduzione del dolore. L'interruzione del vago è senza effetto; qualche autore interrompe con effetto un nervo sensitivo importante, ma che non sembra destinato alla conduzione del dolore, il depressore; la maggior parte interrompe o sopprime le vie simpatiche, seguendo il consiglio del fisiologo (Franck) e l'esempio del primo chirurgo che tentò l'atto operativo; Th. Jonnesco.

16) L'intervento chirurgico sul simpatico è ricco di tentativi; varia sopratutto l'estensione della mutilazione:

a) asportazione di tutto il simpatico cervicale unilaterale e, se necessario, bilaterale, per sopprimere tutte le vie sensitive simpatiche, senza preoccuparsi della soppressione di vie importanti vasomotorie. Qualcuno vede anzi nella interruzione delle vie vasomotrici un vantaggio (simpatectomia totale);

b) asportazione parziale del simpatico, lasciando integre vie sensitive simpatiche anche importanti (simpatectomia parziale);

c) sezione del tronco simpatico o dei rami comunicanti, con interruzione solo di vie sensitive, ma senza mutilazione dei gangli e senza lesione dei vasomotori.

17) Ogni metodo ha dato buoni resultati: basta interrompere una parte delle vie di conduzione del simpatico e, così come nella simpatectomia totale, in forti percentuali (50-60 %) o si attenua il dolore, o si diradano gli accessi o scompaiono temporaneamente o definitivamente. Un resultato simile si ottiene sezionando il tronco del depressore o per meglio dire, un tronco nervoso come tale ritenuto nell'uomo.

17) Per quanto l'esperienza manchi ancora del controllo del tempo, sembra però che quanto più ampia e completa è stata la mutilazione tanto più completamente e in modo duraturo scompare la sindrome anginosa. L'osservazione ulteriore degli operati è necessaria per una adeguata conclusione. Le operazioni più numerose sono troppo recenti, il periodo di osservazione è spesso troppo limitato (in molti casi di qualche mese, e si parla di guarigione!).

18) Ogni metodo d'intervento ha le sue vittime. I malati con cuore insufficiente hanno dato il contributo maggiore di mortalità.

Le percentuali risultanti dalle statistiche finora in nostro possesso, per le lievi differenze che le distinguono, non ci permettono di affermare che una determinata operazione è veramente più pericolosa di un'altra.

19) Circa le ripercussioni che le operazioni e specialmente le gravi mutilazioni del simpatico hanno sulla funzionalità cardiaca, non sono d'accordo nè fisiologi nè clinici. Alcuni ritengono che la soppressione delle vie simpatiche vasomotrici porti facilmente e rapidamente allo scompenso, altri ritiene che la funzionalità cardiaca non è affatto influenzata dalla mutilazione più grave del simpatico, dalla simpatectomia bilaterale.

L'esperienza clinica segnala finora imprevedute insufficienze cardiache mortali e crisi più o meno lontane di asistolia temporanea; talora la spiegazione fu data dalla autopsia che rivelò alterazioni gravi del cuore e dei vasi cardiaci misconosciute in vita; in qualche caso lo choc mortale e l'insufficienza cardiaca si manifestarono come diretta e immediata conseguenza della mutilazione nervosa operatoria.

Lo stato attuale non permette una conclusione sicura neanche in questo campo. La discordia che divide i fisiologi a proposito dei danni della simpatectomia negli animali, divide i clinici circa i danni nell'uomo. Come la possibilità dell'esito letale, così l'insufficienza cardiaca non sono esclusive di un determinato atto operativo. Tali accidenti mostrano un sicuro rapporto con le alterazioni preesistenti nel cuore e nei vasi, e con il fattore generale intervento; in qualche caso soltanto appare una influenza del particolare intervento sul simpatico.

20) Per l'avvenire degli operati, ricordo che le crisi di a. p. possono subito scomparire e definitivamente. Il più delle volte le crisi si diradano, divengono meno intense, scompaiono dopo qualche mese. Nessun valore hanno le osservazioni di breve durata: in qualche caso le crisi sono per poco tempo scomparse per il solo fattore intervento, senza lesione dei nervi.

21) La guarigione può essere incompleta, nel senso che residuano solo alcuni fenomeni dolorosi dell'anginoso. Il fenomeno più resistente è il dolore retrosternale in riposo o dopo sforzo, quasi segnale delle crisi di cui la sensazione non giunge più nella sua completezza ai centri.

22) Ma le crisi possono recidivare dopo mesi, dopo anni perfino. Bastano talora cause inadeguate, talora insorgono per stimoli intensi. Si ripresentano le crisi anche in operati con mutilazione totale bilaterale del simpatico; in generale dal lato destro quando l'operazione resecò o interruppe il simpatico di sinistra.

23) Può seguire all'intervento sul simpatico una sindrome morbosa spesso a tipo radicolare: dolori radicolari e ipotrofie muscolari regionali (braccio, spalla, collo, fino alla mascella); qualche volta sono comparsi fenomeni paretici laringei.

Sono sindromi oltremodo fastidiose per il do-

lore continuo che non dà tregua; si possono prolungare per mesi; ma sono abitualmente transitorie.

24) Anche quando l'atto chirurgico interrompa le crisi di angina di petto, agli occhi del medico l'ammalato resta un anginoso in latenza, legato al suo destino, per le condizioni dell'aorta, delle coronarie, della tensione arteriosa, delle arterie renali.

25) Gli insuccessi, i pericoli operatori, le sindromi dolorose che seguono all'atto operatorio, la possibilità di imprevedibili insufficienze cardiache pericolose per la vita, l'esperienza delle recidive che possono ripresentarsi anche nei mutilati più gravi, devono segnare i limiti entro i quali si circoscrivono le indicazioni all'intervento. L'intervento conviene solo nei casi con crisi gravi e ripetute, resistenti ad ogni trattamento medico; controindicazioni sono i gravi stati di aterosclerosi diffusa e specialmente l'insufficienza cardiaca.

26) Il metodo che per ora dà maggior affidamento per la guarigione completa della sindrome e per l'avvenire del malato, è la simpatectomia totale alla Jonnesco. Solo il tempo e l'esperienza, che deriverà dalla patologia sperimentale nell'uomo, potranno modificare ed anche sovvertire le attuali conclusioni.

Questo compito di patologia sperimentale sull'uomo deve essere affidato a mani sapienti; è indispensabile una stretta collaborazione tra clinico, operatore e fisiologo: se in ogni singolo caso non mancherà questa stretta solidarietà d'indagine, resultati che illuminino vie direttive più sicure saranno l'ambìto premio per gli studiosi e sollievo meno incerto e meno pericoloso per i malati.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: FELETTI (Catania).

Discussione delle relazioni sull'Angina di petto.

FRANCO P. M. (Napoli). — A proposito del n. depressore, ha eseguito varie ricerche nel cane, al collo. L'eccitazione del n. depressore, con la corrente faradica, determina minimo dolore e può portare alla morte dell'animale. La grafica registra il dolore registrando i movimenti respiratori. Con l'eccitazione ritmica del simpatico, al collo con il depressore integro, l'animale sente poco dolore. Con l'eccitazione ritmica del n. vertebrale, al collo con il depressore integro, l'animale sente forte dolore. Con l'eccitazione del simpatico al collo, con il depressore tagliato, l'animale sente pochissimo dolore. Con l'eccitazione del n. vertebrale al collo, con il depressore tagliato, e con il simpatico integro, l'animale avverte poco dolore. Con l'eccitazione del n. vertebrale, al collo, con il depressore tagliato e con il simpatico tagliato, l'animale avverte pochissimo dolore. L'O. ha poscia cercato di indagare per via sperimentale se nell'animale un'acuta ischemia del muscolo cardiaco possa provocare dolore. Ha ripetuto le ricerche di Singer ed è venuto a conclusioni opposte. La corrente faradica nella coronaria dipendente, isolata dal muscolo cardiaco, la compressione della coronaria con una Pèan, lo zaffo di adrenalina nella coronaria, la legatura ritmica della coronaria, l'embolia coronaria artificialmente prodotta, l'iniezione di una soluzione di ammoniaca al 10 % nel muscolo cardiaco dànno dolore.

PACE D. (Napoli). — Nella patogenesi dell'angina di petto prende in esame due punti principali, la circolazione delle coronarie, e l'influenza del simpatico. Circa la circolazione delle coronarie, in base alle sue ricerche anatomiche e radiografiche è contrario alla tesi dell'anastamosi delle coronarie; circa i problemi riguardanti il simpatico riferisce le sue ricerche sulla pressione, compiute per la prima volta, durante la simpatectomia periarteriosa e confermanti le osservazioni di Leriche e Fontaine su una ipertensione fugace iniziale cui segue una depressione arteriosa. Ciò dimostra l'esistenza nella parete arteriosa di fibre simpatiche vasodilatatrici e vasocostrittrici, e anche di fibre pressorie o sensitive.

PENDÈ N. (Genova). — Osserva anzitutto come dalla scuola costituzionalistica sia venuta la luce sulla patogenesi dell'angina di petto. Se è d'accordo col Castellino e con il Pontano nelle linee generali, nota però come le conclusioni di quest'ultimo discordino da una severa critica sull'intervento chirurgico. Egli pensa che se è lecito continuare nelle cliniche siffatti esperimenti sull'uomo, non è però possibile consigliare l'intervento nella pratica privata. L'O. sostiene che in tutti i malati abbiano importanza particolare due fattori, lo squilibrio del sistema nervoso vegetativo e lo squilibrio della funzione del cuore. Nell'angina di petto i 3 punti nodali sono il sistema cardiaco, la circolazione del cuore, il muscolo cardiaco. Il non trovare reperti anatomo-patologici non esclude l'esistenza di questi tre fattori patogenetici. Lo studio della costituzione dimostra che questi ammalati, sono dei vagotonici secondo molti autori, ma secondo l'O., dei vagoipertenici. Inoltre un muscolo che lavora possiede una contemporanea vasodilatazione, ma se i vasi non sono integri alla vasodilatazione si sostituisce una vasocostrizione, sì chè per es. la coronaria nei casi di ipertonia vagale non può dilatarsi. Secondo l'O. l'attacco di angina di petto non è una sindrome di eccitazione simpatica ma piuttosto riposa in uno stato di iperstenia del vago. La cura chirurgica quale cura sintomatica non può essere accettata, perchè ad essa si oppone l'indirizzo costituzionalistico della interpretazione dell'angina di petto.

LANDOLFI M. (Napoli). — Rivendica al compianto collega prof. Leone Minervini, il completamento della sindrome dell'angina di petto, con l'aggiunta di un nuovo sintoma, la retroversione della testa e del tronco. Osserva come il prof. Marchiafava riconobbe il valore di questo sintoma, e l'O. si giova di esso per confermare l'opinione della genesi vagale dell'attacco di angina pectoris.

PARI A. (Padova). — Osserva che i risultati incompleti della terapia dell'angina di petto dipendono dalle vaste lacune che esistono nelle cognizioni patogenetiche, fra le quali importante quella che riguarda il sistema nervoso vegetativo. Poco infatti conosciamo delle leggi di eccitabilità di questa parte del sistema nervoso. Nella cura chirurgica dell'angina di petto, non viene ad essere eliminato uno dei sintomi, ma si allontana anche uno degli stimoli che concorrono alla esplosione della sindrome anginosa.

QUEIROLO G. B. (Pisa). — Passando in rassegna le varie dottrine emerse sulla patogenesi dell'angina di petto, si sofferma su quella basata sulla costituzione. Peraltro cita un caso relativo ad attacchi di angina di petto sopravvenienti due volte al giorno circa 2 ore dopo i pasti e scomparsi da vari anni dopo l'attuazione di una rigorosa dieta lattea. Osserva come si tratti di un caso di angina di petto riflessa che non trova la sua spiegazione nella dottrina costituzionale, ma che rientra nella categoria delle nevrosi. L'O. pensa che nella determinazione dell'attacco di angina di petto sia necessaria la comparsa di uno stimolo per così dire specifico.

ASCOLI V. (Roma). — Afferma anzitutto che egli è convinto che l'angina di petto sia una entità clinica e non una sindrome come hanno affermato i relatori. Non ha chiesto prima la parola per oppugnare il concetto informatore della sindrome, perchè nella loro esposizione verbale hanno sempre completamente ammesso a fondamento dell'angina una lesione cardiaca. Prende la parola ora che il sen. Queirolo esplicitamente con la forza degli esempi e con il suffragio della sua autorità, asserisce che l'angina è una sindrome. Non riconosce nell'esempio citato da Queirolo altro che dolori a tipo anginoide di origine gastrica, non angina. È d'accordo con Castellino e con Pende in quanto affermano l'importanza della coronarite nelle angine. L'O. sostiene che l'angina di petto nella sua forma classica, caratterizzata dal dolore che insorge in determinate circostanze, con sede, qualità, diffusione particolare, con angoscia mortale, immobilità assoluta, pallore e sudore mortali, senza dispnea, sia una entità clinica ben definita alla quale deve essere attribuito un significato chiaro e una prognosi molto riservata a distanza più o meno lunga di tempo. Non osta ad ammettere l'entità clinica il fatto che non siano del tutto noti gli elementi eziopatogenetici e anatomo-patologici. Potranno essere riconosciuti col tempo. Da questa entità morbosa furono in altri tempi sceverate altre forme di angina che furono dette *pseudo-angine*. Egli ha sempre ripudiato le *pseudo-malattie;* ma deve riconoscere che di fronte alla concezione di molti moderni autori di considerare l'angina una sindrome e applicare lo stesso nome di angina a cose assai differenti, preferisce la vecchia distinzione *delle vere* e *delle false* angine. Riconosciuta la vecchia distinzione, almeno dura una indiscutibile esistenza delle angine aventi a fondamento una cardiolesione ed aventi una prognosi severa.

Dalla vera angina egli ritiene siano da distinguersi i quadri dolorosi della stanchezza cardiaca, svolgentesi con dispnea, ai quali Mackenzie attribuisce il nome di angina, e ancora le forme sintomatiche di affezioni dello stomaco, delle vie biliari, e più ancora le forme nevrosiche. Sono cose bene distinte. Non le dobbiamo unificare soltanto perchè in clinica talvolta la distinzione è difficile e nel quadro clinico è l'insidia dell'errore. Alla fatalità dell'errore dobbiamo rassegnarci noi medici. Non dobbiamo ripararci dietro un linguaggio ambiguo, ma cercare la verità con l'osservazione precisa e la logica rigorosa. Ha sentito in questa discussione parlare quasi sempre di patogenesi. È assai lodevole il tentativo di Castellino, cui si è associato Pende, nel definire gli elementi fattori dell'angina di petto, mettendo accanto cardiopatie e nevrosi; ma è pur necessario che il medico pratico non esca di qui con la vaga idea che l'angina di petto sia una sindrome che insorge in disparate circostanze e non ha per sè importanza clinica: deve conservare il frutto dell'esperienza che l'angina classica è forma clinica ben definita e con prognosi grave; conserverà anche la nozione che esistono quadri clinici che possono simularla, ma che egli è fautore di distinguere. Se diciamo ai pratici che nulla è innovato nella clinica dell'angina, siamo costretti ad essere anche più espliciti di fronte ai moderni tentativi chirurgici. L'O. non vuole entrare nel merito delle questioni agitate dal Pontano con larga e sicura conoscenza dell'argomento e con acume, ma afferma che caso per caso dobbiamo precisare il giudizio diagnostico per sapere per quali ragioni ordiniamo l'intervento, per assumere la nostra parte di responsabilità e per giudicare i risultati operatori. Difficilmente questa precisione sarà raggiunta sino a che la diagnosi verrà fatta con il presupposto che l'angina sia una sindrome.

Risposte dei relatori.

CASTELLINO. — Rispondendo ai varî oratori osserva anzitutto al Franco come i suoi studi, frutto di esperimenti ben condotti, siano ancora allo stato di germe che deve recare ulteriori frutti.

Circa quanto ha detto il Pace egli afferma di accettare la teoria miogenistica di Danielopolu, pur non essendo un miogenista assoluto e riconoscendo che indipendentemente dall'azione del sistema nervoso possono intervenire nel cuore delle forze regolatrici di altra natura, ad es. ormoniche.

Dichiara di non credere senz'altro alle statistiche dei chirurgi e osserva che grandissima è la responsabilità di affidare ad essi un anginoso. A proposito delle osservazioni di Pari osserva come tanto lui quanto Pontano siano alquanto fidenti nell'intervento chirurgico, mentre egli non condivide tale opinione specie per la mancanza di chiare notizie istologiche e fisiologiche sul simpatico e sul vago.

Aggiungo inoltre che il togliere il sintomo dolore è completamente inutile, poichè, essendo base dell'angina di petto l'esistenza di una cardiopatia, questa rimane invariata.

Ringrazia Pende, fondatore della scuola costituzionalistica, osservando come le condizioni costituzionali siano quelle che rendono chiari i segni della individualità.

Si sofferma ancora sulle differenze esistenti tra vagotonia e vagoestesia intendendo con quest'ultima quella particolare suscettibilità che crea la diatesi. Secondo l'O. la disarmonia insita nell'abito costituzionale è quella che regola la morbilità individuale.

A proposito del caso riferito dal Queirolo ricorda un suo caso analogo che fu interpretato sulla guida di una osservazione del De Giovanni relativa ad aumenti della pressione aortica, in alcuni stati patologici, durante la digestione.

Riferendosi alle parole di Ascoli, egli, parlando di sindrome, intende una entità morbosa determinata, caratterizzata da una cardiopatia. È pienamente d'accordo con l'Ascoli circa il problema della terapia chirurgica.

PONTANO. — Ringrazia quanti hanno avuto parole cortesi nei riguardi della sua relazione e rispondendo alle varie obbiezioni mosse osserva anzitutto al Franco che il solo fatto della provocazione del dolore fa sospettare che egli non sia caduto sul depressore, dato che questo nervo, stimolato nel coniglio, animale dove è sicuramente riconoscibile, provoca soltanto fenomeni depressori e non dolore. Il cane poco si presta all'esperimento poichè in esso il vago e il simpatico costituiscono una unità inscindibile. Ricorda gli studi di Tschermack, di Kreidmann, di Finkelstein, di Vitti, di Hofer sulle variabilità anatomiche del depressore e sulle difficoltà alla sua identificazione, ricorda quanto affermarono Jonnesco e Jonescu e quanto avvenne a Odermatt, Kappis che non riuscirono nell'uomo ad identificare il depressore nemmeno con la stimolazione. Ciò giustifica il sospetto lanciato contro Hofer che egli non abbia mai tagliato il depressore ma soltanto un ramo cardiaco del simpatico. Inoltre fenomeni pressori e anche depressori si possono ottenere stimolando il simpatico. Circa poi l'esperienza del taglio del vertebrale, e della provocazione del dolore solo a depressore integro, osserva come Langley abbia affermato e Jonnesco confermato che nell'uomo il dolore scompare sezionando il rametto per il lungo del collo e stimolando il capo centrale del vertebrale.

Circa il problema portato da Pace delle anastomosi delle coronarie osserva come il risultato della dimostrazione delle anastomosi sia in rapporto con il liquido da iniezione che può talora riuscire, tal'altra no a sorpassare le fini vie anastomotiche. D'altra parte il metodo radiografico non è il più adatto ed anche recentemente ha avuto molte critiche. Per la simpatectomia periarteriosa i risultati di Pace collimano con quelli di Leriche e Fontaine.

Personalmente l'O. in 12 casi di simpatectomia periarteriosa eseguita in ammalati di ulcere perforanti ha notato dopo qualche giorno una depressione, poi piuttosto rapidamente una ripresa della pressione sino alla norma. Rispondendo al Pende osserva che ha esposto i risultati di fisiologi, di clinici e di chirurgi e quindi una serie di fatti ben constatati, senza per questo intendere di consigliarli. Il primo consiglio è venuto da F. Franck, ed i chirurgi sono stati soltanto gli esecutori sotto la guida di fisiologi e di clinici. Alla osservazione di Castellino sul valore delle statistiche dei chirurgi, oppone che i risultati sono degni di fede quando, come in questo caso, provengono da uomini non sospettabili, e quando sono confermati da varie scuole e da varie nazioni.

Circa poi l'opportunità dell'intervento chirurgico, osserva come l'intervento se non toglie la malattia, toglie una delle ragioni di sofferenza e di morte improvvisa, e che, quando tutte le cure mediche sono state inutili, l'ammalato può essere inviato al chirurgo purchè non sia un cardiaco scompensato nè un malato grave delle arterie. Alla opinione del Pende che il vago agendo sulle coronarie ne determini lo spasmo e quindi provochi l'attacco di angina, oppone l'esperienza di Hofer che in 3 casi nei quali recise il vago non si soppresse l'attacco.

A Pari osserva che esistono nozioni sul sistema nervoso vegetativo, ma che esistono anche delle contraddizioni e non poche incertezze e che certamente occorre ancora rivedere e ristudiare. A compimento poi della sua risposta l'O. legge l'ultima parte delle sue conclusioni inerenti all'intervento chirurgico, ed a chiarimento maggiore di quanto ebbe ad esporre riassumendo sinteticamente la sua relazione.

(Continua).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Sull'anemia perniciosa.

L. Barker (*Journ. A. M. A.*, 10 luglio 1926) rileva che l'anemia tipo Addison-Biermer è un complesso sintomatico così caratteristico che il principale fattore etiologico dev'essere sempre lo stesso.

Essa è rara ai tropici, e i negri non ne sono forse mai affetti. È una malattia di tutti gli stati sociali, predilige l'età matura, è spesso familiare.

Nell'anemia perniciosa vi è un'aumentata emolisi ad opera del sistema reticolo-endoteliale; vi è pure, salvo nella forma aplastica, un aumento della emopoiesi; caratteristica è la leucopenia. Vi è trombocitopenia, con aumento del tempo di sanguinazione: la coagulazione però è normale.

È comune la glossite e la stomatite: vi è tendenza alla gengivite, alla carie, alle infezioni dentarie. L'acloridria od achilia è costante, e non è rara l'atrofia della mucosa gastrica e intestinale, la quale spesso presenta numerosi focolai di flogosi.

Degenerazioni combinate dei cordoni del midollo spinale sono frequenti, e possono talora precedere l'anemia.

Alcuni autori danno più importanza alle cause esterne, e quasi esclusivamente alle infezioni latenti, a punto di partenza da focolai infettivi, come i denti cariati, ecc.; o ad una modificazione della flora microbica intestinale, onde la formazione di veleni emolitici enterogeni, a particolari germi che produrrebbero primitivamente un danno alla mucosa intestinale, come la *Monilia* dello sprue, ecc.; o ai vermi intestinali, che però sono lungi dal costituire un reperto costante.

Altri autori danno più peso alle cause endogene o ai fattori ereditari (cosiddette modificazioni del genotipo), considerando la non rara familiarità della condizione morbosa. Però non è neanche frequente tale familiarità, onde conviene pensare ad una più o meno necessaria concausa di origine esogena, o almeno che, in molte famiglie, coloro che dovrebbero sviluppare una anemia perniciosa muoiano giovani, ipotesi molto più gratuita della precedente.

Riguardo alla cura è da osservare che nessuna terapia dà vere guarigioni ma solo più o meno lunghe remissioni, che talora insorgono anche spontaneamente.

Non si può però negare una certa azione benefica ad alcuni mezzi terapeutici, come il riposo fisico e mentale, la generosa somministrazione di arsenico sotto tutte le forme, la trasfusione di sangue.

La trasfusione può farsi frequentemente, anche ogni settimana in certi casi, in misura da 200 a 500 cmc. con le solite cautele: segue quasi sempre una breve o lunga remissione. È pure utile la somministrazione di acido idroclorico diluito, che migliora la digestione.

La rimozione di eventuali focolai infettivi (appendice, denti, tonsille) va fatta se è necessaria, ma sarebbe un errore fare, ad es., la tonsillectomia a tutti gli ammalati. Così vanno considerati con molta prudenza gli interventi sul colon (esclusione, appendicostomia e lavaggio del colon).

Utile è la rimozione degli elminti intestinali, se ve ne sono.

Di dubbia efficacia è la radioterapia e la splenectomia.

È importante riconoscere i casi per tempo, anche prima che si sviluppi l'anemia, osservando sopratutto l'achilia, le parestesie, la glossite, la megalocitosi.

R. Haden osserva che la causa nociva che produce l'anemia perniciosa talora lascia quasi intatto il sangue e cagiona, ad es., soltanto una degenerazione combinata dei cordoni del midollo.

H. Cristian e W. Biewing pongono in evidenza l'importanza della dieta ricca in proteine, associata naturalmente alla somministrazione di acido cloridrico: riportano un caso molto suggestivo.

E. Kilgore nota che, nella trasfusione, certi donatori si mostrano più utili di altri allo scopo di ottenere lunghe remissioni.

Pare che anche la quantità di vitamine della dieta non sia senza importanza: essa ne dovrebbe essere assai ricca, e comprenderne tutte le specie.

DORIA.

Lo stato attuale del problema delle malattie purpuriformi.

La porpora del tipo Schoenlein-Henoch è caratterizzata da emorragie cutanee (che generalmente hanno disposizione simmetrica) dalla partecipazione delle articolazioni (porpora reumatica di Schoenlein) e dalle coliche intestinali (porpora addominale di Henoch). La forma reumatica prende generalmente i giovani, si presenta come il reumatismo ad attacchi e può essere complicata da endocardite. Quasi sempre le eruzioni di porpora si trovano nelle regioni in cui la cute è in contatto immediato col periosto, come sui margini tibiali e sulla cute che ricopre il cranio.

I sintomi intestinali della porpora di Henoch sono costituiti da coliche alla regione ombelicale ed a quella addominale superiore; il quadro morboso può dare l'impressione di estrema gravità.

Dopo copiose emorragie intestinali, le coliche tendono a cedere e, dopo alcune settimane, passa lo stadio acuto. Nessun dato forniscono gli esami sul sangue; durata dell'emorragia e tempo di coagulazione normali; talvolta vi è corrispondentemente alla perdita di sangue, un'anemia secondaria. L'eziologia è caratterizzata dal nome proposto da Frank di tossicosi capillare emorragica.

Ugualmente bene caratterizzata è la porpora senile, dovuta a debolezza dei capillari.

Lo scorbuto e l'affine malattia di Barlow, sono attualmente interpetrati come avitaminosi da alimentazione incongrua; anche in esse l'esame del sangue dà risultati normali.

Nella emofilia, in cui le anomalie ereditarie famigliari sono più marcate, le emorragie cutanee appaiono come spontanee, mentre invece sono generalmente date da piccoli traumi. F. Krömeke (*Munch. med. Wochens.*, 21 maggio 1926) ricorda la teoria di Sahli e Morawitz, secondo la quale il ritardo della coagulazione è dato dalla mancanza di trombokinasi. La durata dell'emorragia, prodotta dalle lesioni dei piccoli capillari, non è alterata, in opposizione alla trombopenia essenziale; le piastrine e la retrazione del coagulo sono normali.

Ancora da menzionare è la pseudoemofilia, che si inizia con emorragie cutanee, è dovuta a mancanza totale di fibrina; in essa il sangue non si coagula in vitro. Nessuna alterazione speciale è rilevabile nelle piastrine.

fil.

Emoglobinuria da fragilità globulare.

Un uomo di 60 anni, con antecedenti negativi, ha un'intensa impressione di freddo, con sensazione penosa di intormentimento alle estremità, dita della mano sinistra violacee, accessi di tosse. Poche ore più tardi le sue orine sono rosse, di apparenza sanguinolenta ed il fatto si ripete tre volte. Tre giorni dopo, sotto una nuova sensazione di freddo, si hanno gli stessi sintomi periferici, la tosse e, qualche ora più tardi urine sanguinolenti contenenti emoglobina, ma non emazie. Esame somatico negativo, salvo il fegato un po' grosso. Il fenomeno non si ripete più, malgrado nuove esposizioni al freddo.

Interessanti sono in questo caso di emoglobinuria da freddo le ricerche sul sangue fatte da P. Emile-Weil e R. Stieffel (*Soc. médicale des hôpitaux*, 15 luglio 1926), le quali hanno dimostrato che l'emoglobinuria era dovuta ad una straordinaria diminuzione della resistenza delle emazie. Queste, di fatto, venivano emolizzate da qualsiasi siero fisiologico anche isotonico ed anche ipertonico, sicchè non è stato possibile ottenere delle emazie lavate e tutte le ricerche sulla resistenza globulare si dovettero fare sul sangue intero. L'emolisi si verificava altresì con i sieri umani di qualsiasi gruppo, salvo con l'autosiero. Oltre a ciò le emazie presentavano autoagglutinazione di una intensità non mai osservata; una goccia di sangue raccolta sopra una lastra paraffinata si agglutinava in 30-60 secondi.

Viceversa, si poteva dire che il plasma del malato non conteneva emolisine per le emazie estranee; esso in certo qual modo agiva come protettore delle proprie emazie.

Gli AA. credono di poter concludere dalla propria osservazione che i processi di emolisi e di agglutinazione sono intimamente connessi e che il plasma avrebbe essenzialmente la funzione agglutinante, mentre alle emazie sarebbe dovuta la diminuzione di resistenza alle soluzioni saline.

fil.

La porpora trombopenica emorragica.

La porpora emorragica idiopatica trombopenica, detta malattia di Werlhof può essere acuta o cronica. La seconda forma è più frequente e si osserva per lo più in donne sotto i 30 anni. I sintomi possono incominciare nella fanciullezza ed essere continui od intermittenti. Se le emorragie non portano a morte il malato, si può anche avere la guarigione spontanea.

Si osservano in tale malattia macchie di porpora sulla cute, emorragie dalle mucose e tendenze ad eccessivo sanguinamento per ferite o contusioni. Vi sono esacerbazioni durante le quali la tendenza all'emorragia è cresciuta. Con l'applicazione di un laccio elastico ad un arto, con compressione tale da occludere le vene, si ha la comparsa di petecchie sulla cute. Il tempo di sanguinamento da puntura di spillo è di molto prolungato; invece il tempo di coagulazione del sangue estratto dalla vena è a un dipresso normale. Il coagulo però non si retrae come d'ordinario; le piastrine sono assenti o molto scarse.

È facile la diagnosi dall'emofilia, in cui il tempo di coagulazione è di molto allungato e la conta delle piastrine normale; non vi sono macchie di porpora, si tratta abitualmente di maschi con storia ereditaria. Invece non è sempre facile la diagnosi differenziale dalla porpora sintomatica o secondaria, in cui si hanno i sintomi sopra accennati. Nella porpora sintomatica però le petecchie sono molto evidenti ed il sanguinamento esterno non è grave. Si devono poi escludere le condizioni che possono dare la porpora sintomatica, fra cui l'anemia aplastica, la leucemia linfatica, la nefrite, le setticemie e la cirrosi epatica.

Beth Vincent (*Boston med. and surg. journ.* e *Edinburgh med. journ.*, giugno 1926) trova che la splenectomia può essere assai utile ed è indicata quando le emorragie siano eccessive e non possano essere arrestate dal riposo, dalla terapia interna e dall'irradiazione della milza, nonchè nei casi in cui la persistenza del sanguinamento abbia dato un'anemia grave. L'operazione non è difficile; in qualche caso però può essere necessario preparare il paziente con la trasfusione. Nei cinque casi dell'A., la splenectomia ha avuto effetti pronti con cessazione delle emorragie, rapido aumento delle piastrine e ritorno al tempo normale di sanguinamento. La splenectomia è controindicata nella porpora emorragica sintomatica.

fil.

Roentgenterapia nel morbo di Werlhof.

I sintomi che caratterizzano questa forma morbosa, sono costituiti dalla facilità alle emorragie, per un aumentato tempo di coagulazione, e per il coagulo che non si retrae; ma sopratutto per una notevole diminuzione delle piastrine, d'onde il nome di porpora trombopenica.

G. Meda (*La Radiologia Med.*, vol. XIII, f. 8, agosto 1926) dopo aver ricordati i sintomi differenziali di tale morbo e le teorie patogenetiche, si sofferma sull'importanza che ha la milza in queste malattie, e sull'attività del midollo osseo nella produzione delle piastrine.

Tenendo presente che la splenectomia è utile perchè aumenta immediatamente le piastrine, e modifica la crasi sanguigna, l'A. ha voluto usare la radioterapia in questi casi. Gli scarsi e contraddittori risultati ottenuti precedentemente con questo mezzo di cura sono dovuti alle dosi eccitanti usate; l'A. ha invece usato dosi intensive, cercando di ottenere lo stesso effetto della splenectomia.

In alcuni casi è stato aggiunto alla radioterapia splenica, quella eccitante del midollo osseo, a deboli dosi, sulle ossa lunghe e piatte, e talora anche sul fegato, cercando in tal modo di eccitare il tessuto mieloide a produrre le piastrine.

I risultati discreti consigliano l'applicazione del metodo nelle diatesi emorragiche trombopeniche, cercando di perfezionarlo, e magari combinandolo all'elioterapia e alla diatermia.

CARUSI.

Irradiazione della milza e coagulazione del sangue.

F. Bernhard (*Arch. f. Klin. Chirurg.* Bd. 130, f. 1-2, pag. 93) riporta, a tale proposito, le seguenti conclusioni:

1) La milza non è da considerarsi come *l'organo centrale della coagulazione del sangue*, poichè le ricerche eseguite su 10 splenectomizzati si rassomigliano a quelle eseguite in pazienti non smilzati e poichè le ricerche eseguite su i pazienti irradiati per linfadeniti tubercolari, dettero eguali risultati ad individui irradiati sulla regione splenica.

2) Le oscillazioni della velocità di coagulazione nel normale sono ampie, sia nello stesso giorno, che in diversi, ma la cifra media rimane costante, così come la temperatura individuale.

3) Solo 1/3 (0.3) degli individui reagisce, dopo l'irradiazione della regione splenica, con una accelerazione della coagulazione, in vitro: altrettanti, però, reagiscono con un prolungamento di detto tempo, gli altri (0.4) non ne risentono affatto.

4) La irradiazione preventiva della regione splenica per diminuire l'emorragia durante l'operazione, e, rispettivamente quella post-operatoria è da consigliarsi solo in quei casi in cui si è dimostrato trattarsi di quegli individui suscettibili di risentirne un vantaggio. In questi casi si può effettivamente ricavarne del bene. Ulteriori ricerche hanno dimostrato che gli stessi individui a distanza di tempo variabile reagiscono costantemente nello stesso modo.

E. M.

Anemia grave e trasfusione sanguigna.

Ducamp, Blouquier de Claret e P. Falgairolle nella seduta del 7 maggio della Società delle Scienze mediche e biologiche di Montpellier, riferirono sopra due casi di anemia grave guariti con la trasfusione sanguigna. (*Bulletin de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, maggio 1926).

Nella prima osservazione si tratta di una anemia primitiva, criptogenetica: nella seconda di una anemia consecutiva ad una ostinata sindrome emorragipara sopravvenuta durante la convalescenza di una febbre tifoide. In ambedue il reperto ematologico e lo stato generale erano di una gravità straordinaria, come si sogliono vedere nelle forme perniciose gravi; in ambedue erano riusciti infruttuosi tutti i trattamenti consigliati dalla moderna terapia.

La trasfusione del sangue produsse effetti miracolosi e duraturi, riportando al normale la formola ematologica, reintegrando lo stato generale, ed arrestando nettamente le epistassi infrenabili nel convalescente da tifo.

PERSIA.

La trasfusione di sangue in pratica.

Indicazioni. Nelle anemie acute post-emorragiche (grandi trasfusioni di 300-500 cmc.) e nelle malattie del sangue (medie e piccole trasfusioni di 100-200 cmc.), negli stati emogenici della donna in cui si hanno anche insufficienze ghiandolari per cui si associa la medicazione endocrina.

Controindicazioni. Dal lato del donatore, sono le infezioni trasmissibili, specialmente la sifilide secondaria; dal lato del trasfuso, la miocardite che può portare una dilatazione acuta del cuore.

Inconvenienti. Sono dovuti di solito ad incompatibilità dei sangui. Si interromperà la trasfusione in presenza di minaccia di « shock » (oppressione precordiale, cianosi, dolori lombari). Gli incidenti tardivi sono specialmente di natura renale, albuminuria transitoria, emoglobinuria ed anche anuria. Gli inconvenienti si evitano con l'esame preventivo dei gruppi sanguigni.

Un grande miglioramento nella trasfusione si è raggiunto con il citrato di sodio. Il sangue citratato ha le stesse proprietà di quello normale, dal punto di vista degli elementi figurati come del contenuto in ossigeno; non è tossico; vi si associa inoltre l'azione emostatica del citrato. Anche le soluzioni glucosate sono anticoagulanti, quindi in mancanza di citrato si potrebbe utilizzare il glucosio.

La tecnica corrente consiste in: 1) presa del sangue dal donatore mediante puntura venosa con un grosso ago; 2) ricevere il sangue in un recipiente contenente citrato di sodio al 10 % (circa 10 cmc. per 100 cmc. di sangue; 3) iniezione endovenosa del sangue citratato con una grossa siringa, meglio se da 100 cmc.; a rigore può bastare una da 20. Si può anche raccogliere il sangue direttamente in una siringa da 100 cmc. in cui si trovino 10 cmc. di soluzione di citrato al 10 % e così iniettare direttamente nelle vene del ricevitore. (*Journal des praticiens*, 9 marzo 1926).

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Meccanismo d'azione del bismuto nella sifilide.

Alcuni medicamenti utilizzati nella terapia delle tripanosomiasi e delle spirillosi, esercitano la loro azione parassiticida dopo essere andati incontro a modificazioni più o meno profonde nell'organismo. Questo da Levaditi (*Archiv. de médic., cirugia y especialid.*, 1925, n. 10) ed altri fu dimostrato nell'atoxil verso i tripanosomi e sembra doversi ammettere per il bismuto. Il bismuto senza azione in vitro sopra i tripanosomi e gli spirilli, diviene fortemente nocivo verso di essi allorchè si sia posto anteriormente in contatto con estratto fresco di fegato di coniglio: nello stesso modo si comportano l'As., l'Sb., il Va. Le sostanze proteiche sembrano avere una importanza grande nel processo che presiede a questa trasformazione del metallo, introdotto nell'organismo, in una tossi albumina arsenicale o bismutica, sotto la quale forma il metallo può operare nell'organismo. Dalla miscela bismuto albumina, si ha un complesso colloido bismutato detto da Levaditi e Nicolau, bismoxil, che si distingue dai sali di mercurio per il potere da esso posseduto spirillicida o tripanosomicida *in vitro*. Non solo il fegato è capace di dar luogo allo bismoxil, ma anche i polmoni, il cervello, i reni, ecc. Nella bismutoterapia, una piccola parte del sale iniettato subisce le utili trasformazioni necessarie, il resto è eliminato. Levaditi e Nicolau, ed anche Navarro Martin, hanno dimostrato che il latte di vacca, di coniglia, di donna, contengono un bismogeno, cioè una sostanza capace di riattivare il sale di bismuto.

Fournier ha trattato dei sifilitici con il bismoxil, ed i risultati clinici ottenuti dimostrano la efficacia del metodo che apre una via nuova per la preparazione di alcune sostanze terapeutiche. La riattivazione del bismuto per mezzo dei colloidi proteici degli estratti di organi, esagera, in modo evidente, le proprietà antisifilitiche del metallo: ignoriamo il meccanismo con il quale avviene l'aumento di questo potere terapeutico: in questo processo bisogna dar importanza alle materie albuminoidee. Possiamo ammettere nella terapia del bismoxil, due fattori: da un lato le infinitesimali quantità di metallo, e dall'altro i colloidi proteici, cioè da un lato la bismutoterapia, dall'altro la proteinoterapia. È probabile che nell'organismo, quel che provoca la distruzione dei treponemi, la cicatrizzazione delle lesioni specifiche, le modificazioni delle reazioni umorali, non sia il sale bismutico tal quale viene somministrato sotto la pelle, nei muscoli, nel circolo: il derivato bismutico, qualunque esso sia, deve prima dissociarsi in presenza del bismogeno tissulare, ed il bismuto libero, allo stato nascente della molecola, produce trasformazioni organo-metalliche, dotate di proprietà parassiticide. L'esperienza dimostra che per realizzare i richiesti complessi colloido-metallici, sono necessarie piccole quantità di metallo per ditruggere il treponema e far cicatrizzare la lesione: la distruzione del treponema *in situ* viene realizzata in presenza di quantità di bismuto impossibili a dimostrarsi con gli attuali metodi chimici.

L'istologia ha dimostrato che il bismuto iniet-

tato è imprigionato da una massa di polinucleari che lo dissociano e formano corpo con esso, i leucociti degenerano ed il detrito porta a trasformazioni profonde dei derivati bismutici. In tali condizioni il bismuto si pone in contatto con i treponemi negli accidenti specifici in quantità infinitesimali ma senza dubbio sufficienti ad assicurare la spirochetolisi.

MONT.

IGIENE.

Sulla biologia degli anofeli.

(D. FALLERONI. *Riv. di Malar.*, 1926, n. 4).

L'A. ha compiuto una serie di ricerche le quali sorprendono per l'originalità della concezione e per la semplicità della tecnica. Tra la immensa ma ingombrante produzione contemporanea in questo campo, le sagaci ricerche del Falleroni sembrano ricondurci ai tempi di Redi e di Spallanzani.

A titolo di esempio, per studiare il meccanismo della suzione negli anofeli, egli sottoponeva questi insetti a varie mutilazioni delle parti boccali. Li alimentava con liquidi zuccherini colorati, con i quali riempiva dei budelli o che iniettava sotto la cute degli animali di laboratorio, obbligando così gli anofeli ad assorbirli mediante punture paragonabili a quelle con cui si procurano il sangue: ha accertato che, in queste condizioni, i liquidi zuccherini si comportano come il sangue, cioè passano direttamente nello stomaco, senza raccogliersi nei diverticoli esofagei, il che normalmente avviene per i liquidi zuccherini.

Dal punto di vista igienico, interessa notare che le ricerche dell'A. portano ad escludere la possibilità di una trasmissione *passiva* della malaria per opera delle zanzare, mediante la riemissione di una parte di sangue infettante già ingerito, inoculato, insieme con la saliva, sotto la cute, nel praticare una nuova puntura: in altri termini, senza che i parassiti attraversino le fasi di zigoti, oocisti, sporozoiti.

Questa possibilità era già stata presa in considerazione da Grassi, che l'aveva affrontata sperimentalmente.

L'A. ha osservato che il sangue assorbito non resta nello stilo dell'apparato boccale e che varca anche i diverticoli esofagei, per raccogliersi nello stomaco, donde non viene riemesso quando le zanzare, dopo aver succhiato del sangue senza essersi satollate, pungono un altro soggetto.

Queste ricerche ne confermano altre congeneri del Missiroli. In tali condizioni la trasmissione non può aver luogo.

Altre ricerche dell'A. concernono la vita invernale degli anofeli; nelle nostre regioni queste zanzare continuano a nutrirsi, a moltiplicarsi ed a conferire infezioni primitive, sia pure in misura ridotta. La produzione del corpo adiposo o ingrassamento degli anofeli non è caratteristico della stagione fredda, ma si può osservare anche in estate.

Le ricerche dell'autore sono diligenti, minuziose e su vasta scala. Quando si pensi che egli conta 74 anni e che solo da poco si è consacrato a questi studi, giungendo d'un subito a risultati che si sono imposti all'attenzione dei competenti e rivelando una forza di lavoro e un'agilità mentale a tutta prova, dobbiamo convenire che, se la nostra razza produce di questi campioni, ha qualità di fondo meravigliose.

L'A., il quale è ispettore superiore medico presso la Direzione di Sanità, ha potuto intraprendere queste ricerche grazie alla mentalità aperta dei dirigenti, i quali hanno compreso come egli potesse rendere molto nel campo scientifico, verso il quale si sentiva fortemente attratto, e gli hanno spianato la via.

Noi ci domandiamo che cosa avrebbe reso uno sperimentatore di tale tempra, se non fosse stato sottratto alla scienza dalla carriera degli uffici, ma avesse cominciato a coltivare i laboratori con molti anni di anticipo.

V. L.

VARIA.

Medici e clienti.

D. Armstrong (*Boston Med. a. Surg. Journ.*, 1926, p. 305) ha studiato attraverso le pagine del medico nella pubblica stampa e le lettere dirette a società di assicurazioni quali sono i desideri e i bisogni del pubblico in materia di consigli sanitari.

Una osservazione che l'A. fa è che nonostante il grande incremento dato alla conoscenza delle questioni interessanti il popolo in materia di malattie e di salute, esiste, almeno in una gran parte di esso, una notevole ignoranza in materia. Il che fa chiedere se i metodi attuali di diffusione delle conoscenze sanitarie nelle scuole e fuori siano tecnicamente buoni o meno.

Un cospicuo numero di domande si riferisce a rimedi reclamistici o a cure ciarlatanesche, e vengono spesso da individui che hanno prima ricorso all'opera di medici senza soddisfacenti risultati.

Queste domande mostrano una alquanto estesa sfiducia nella classe medica.

Altre domande si riferiscono a pareri difformi dati da medici per lo stesso malato, ed alcune sono addirittura critiche della professione medica.

Molte sono dirette ad avere informazioni generiche su dati metodi di cura o di accertamento diagnostico o sul come trovare un buon medico ovvero un appropriato specialista, ecc.

Questa corrispondenza rivela l'esistenza di un tipo di medici poco intelligente, poco colto e meno cosciente il quale danneggia non poco la professione in genere.

L'A. conclude per la necessità che in un modo o in un altro si istituisca un servizio di informazioni diretto e locale se si vuole porre un freno alla tendenza delle persone di andare da un medico ad un altro, al crescente scontento e alla delusione verso la professione medica, e se si vuole proteggere i malati dal cadere nelle grinfie di agenzie mediche reclamistiche, di ciarlatani, ecc.

Secondo l'A. ogni comune dovrebbe avere un ufficio approvato di informazioni mediche al quale le persone possano rivolgersi con fiducia per informazioni concernenti pratiche sanitarie ed igieniche, per consiglio imparziale, spregiudicato e disinteressato circa trattamenti medici, per suggerimenti concernenti le modalità di esami di salute, per guida in quanto ai servizi clinici, per protezione contro la frode e il ciarlatanesimo.

Sforzi più concreti occorrono per favorire la competenza da parte della professione medica e la confidenza del pubblico sulla sua utilità. Quindi provvedimenti per la educazione post-laurea, corsi abbreviati per medici, provvedimenti di vigilanza statale, ecc.

L'A. conclude rilevando la importanza di incoraggiare i medici ad andare incontro alla crescente richiesta di personale per consulenza igienica, per i servizi di esame di salute, e per la partecipazione alla pratica privata di medicina preventiva.

Questo complemento di istruzione medica sarebbe un obbligo che compete principalmente alla Facoltà di medicina, alle società mediche e a simili organizzazioni professionali. Queste organizzazioni mediche dovrebbero, in collaborazione con gli uffici sanitari e di igiene, avere una parte maggiore di quel che finora hanno avuto nel campo di guidare e di illuminare il pubblico.

M. C.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI

MARMO SERAFINO. *Una pericolosa applicazione di forcipe.* — Palermo, Ind. Tip. « La Commerciale », 1924.

MARCOZZI ALDO. *Di certe modificazioni degli elementi morfologici del sangue, verificate durante il trattamento bismutico, in luetici.* — Parma, Tipogr. Parmense, 1925.

MARIOTTI ETTORE. *Contributo sperimentale sul meccanismo di azione e sul valore clinico della Reazione Wassermann.* — Milano, Coop. Grafica Operai, 1925.

MAROGNA PIETRO. *La chirurgia nell'arte.* — Sassari, Giov. Gallizzi, 1925.

MAROTTA RADEGONDO. *Il fremito sopraclavicolare nella tubercolosi.* — Napoli, N. Jovene, 1925.

MARTINOTTI G. *Vaccinazione antitubercolare.* — Bologna, L. Cappelli, 1924.

MAGNI LUCIANO. *Infezione reumatica e anergia tubercolinica.* — Bologna, Bullettino Sc. Mediche, 1925.

ID. *Intorno al tipo bulbo-protuberenziale della malattia di Heine-Medin.* — Firenze, Luigi Nicolai, 1925.

ID. *Considerazioni anatomo-cliniche intorno ad un tumore teratologico dell'epifisi cerebrale.* — Siena, Tip. S. Bernardino, 1925.

MARCIALS GIUSEPPE. *Endotelioma della vena cubitale.* — Sassari, Giov. Gallizzi, 1925.

GORIA CARLO. *L'evoluzione del concetto di demenza precoce.* — Genova, G. B. Marsano, 1925.

GIOSEFFI M. *Le cure di uva a Parenzo.* — Gaetano Coana e F., 1925.

ID. *Indagini e considerazioni sul decorso della paralisi progressiva trattata colla piretroterapia in associazione coi preparati di bismuto.* — Pesaro, G. Federici, 1925.

GUERRINI GUIDO. *Sull'azione « in vivo » della lisocitina.* — Milano, Antonio Cordani, 1925.

ID. *Una epidemia di peste narrata in versi.* — Milano, F. Fossati, 1925.

JUNGANO MICHELE. *Azione emostatica del citrato di sodio.* — Napoli, Stab. Tip. « La Novissima », 1925.

KEYES EDWARD L. *Report of the Scientific Researches on the Venereal Diseases.* — New York, American Soc. Hygiene Ass., 1924.

KRULL EGON. *La cura di acido formico di Krull nella teoria e nella pratica.* — Milano, Amedeo Nicola & T., 1925.

LANZARINI ADELMO. *Contributo alla profilassi vaccinica e alla terapia eterea nella pertosse.* — Vergato, R. Lanzarini 1925.

LIBMANN EMANUEL. *Observations sur l'Endocardite microbienne subaiguë.* — Paris, Masson & C., 1924.

ID. *Characterization of Various forms of Endocarditis.* — Chicago, American Med. Association, 1923.

ID. *Some observations on thrombosis of the coronary arteries.* — New-York, Association Amer. Physicians, 1919.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXIV. — Sospensione delle modificazioni delle piante organiche.

Il Decreto-Legge 16 agosto 1926, n. 1577, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* del 18 settembre n. 218, richiede brevi delucidazioni.

La disposizione è questa: « In via transitoria, e fino a che non sia diversamente disposto con successivo provvedimento legislativo, le provincie, i comuni e le istituzioni pubbliche di beneficenza non possono modificare i ruoli organici del personale dipendente e le relative norme regolamentari per accrescere il numero dei posti o concedere, comunque, aumenti di stipendio, salari, paghe o assegni di qualsiasi genere al personale stesso.

« Il divieto di cui al precedente comma, vale anche per le norme che regolano il trattamento di quiescenza ».

Questa norma proibitiva è entrata in vigore il 18 settembre (giorno della pubblicazione nella *Gazzetta Ufficiale*) e riguarda: *a*) la istituzione di nuovi posti di organico; *b*) l'aumento degli stipendi, assegni, indennità, ecc.

Si deve ritenere, anzitutto, che non siano compresi nel divieto i posti di ufficiale sanitario comunale o consorziale e in genere tutti i posti obbligatori per legge. Qualora questi non siano formalmente già compresi nell'organico e al servizio si provveda mediante incarichi provvisori. La revisione dell'organico e la sistemazione mediante nomina definitiva non importano creazione di posti nuovi. Continuano, quindi, ad avere piena efficacia attuale il R. D. 29 novembre 1925, n. 2266, concernente le nomine degli ufficiali sanitari e tutte le disposizioni relative ai consorzi di vigilanza igienica. In questi casi si tratta di regolarizzazione formale e di esecuzione di un obbligo legale. Le istituzioni nuove, vietate transitoriamente dalla legge, sono quelle discrezionali, per servizi cioè che hanno già una organizzazione giuridicamente normale e che perciò dovranno essere disimpegnati nelle condizioni attuali di organico.

Sono inoltre da eccettuare quei posti che, soppressi o in forza dei poteri normali o in applicazione dei noti decreti 27 maggio e 24 settembre 1923 devono essere poi ricostituiti in esecuzione di un provvedimento in sede di tutela o in sede gerarchica che abbia annullato la deliberazione di soppressione o in dipendenza di una decisione in sede giurisdizionale o decreto reale su ricorso straordinario al Re che abbia dichiarato illegittima la deliberazione di soppressione o la dispensa dal servizio. In tal caso non si tratta di creare posti nuovi ma si provvede, in sede amministrativa, alla esecuzione di un provvedimento gerarchico o di una decisione irrevocabile e si ricostituisce quel rapporto che fu prima illegittimamente estinto. Potrà il Comune, in dati casi, rinnovare il suo provvedimento con effetti *ex nunc*, ma qui vogliamo dire soltanto che il decreto 16 agosto 1926 non è di ostacolo alla esecuzione di quei provvedimenti e di quelle decisioni che, annullando deliberazioni di soppressione di posto o dispensa dal servizio, abbiano lo effetto di condurre alla ricostruzione del rapporto preesistente.

Agli effetti dell'aumento di stipendio si deve fare certamente eccezione per i provvedimenti che sono stati o che saranno emanati dalla G. P. A. in forza dell'art. 34 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889.

Anche in questo caso si tratta della osservanza di un obbligo legale indefettibile per la determinazione degli stipendi minimi e se, in qualche caso eccezionale, la G. P. A. non ha ancora provveduto o la determinazione di essa è in contestazione, gli eventuali aumenti di stipendi o di assegni o di indennità che derivano dall'applicazione dei minimi stabiliti o da stabilire è pienamente valida.

Sono da eccettuare anche tutti gli aumenti che derivano dalla applicazione di norme preesistenti (quadrienni, sessenni, ecc.) e quelli che si fondano su disposizioni di legge. Sinteticamente: il divieto riguarda nuovi aumenti discrezionali.

Un'altra eccezione è però opportuno segnalare: qualora un servizio sia riordinato e l'obbietto della prestazione dell'impiegato ne sia notevolmente accresciuto (come per es. nel caso di soppressione d'una condotta e di ampliamento della circoscrizione dell'altra), in tutti i casi cioè in cui vi sia una modificazione del rapporto d'impiego che determina necessariamente una alterazione dell'equilibrio economico del rapporto stesso, non si può ritenere vietato quell'aumento di retribuzione che sia legittimato dalla necessità di ricostituire l'equilibrio economico tra prestazione e remunerazione. In tal caso non si tratta della concessione di un aumento, ma si provvede a un riordinamento della organizzazione

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

del servizio entro i limiti del potere dei Comuni e degli altri enti locali.

La disposizione, come si è detto, ha carattere transitorio ma continuerà ad essere efficace sino a quando non sarà abrogata, a norma dell'art. 5 delle disposizioni preliminari del Codice Civile.

LXV. — Ricorso contro atti inerenti ai concorsi.

Agli effetti del ricorso contro atti o provvedimenti inerenti ai concorsi si devono distinguere due fasi: atti concernenti l'avviso del concorso e la composizione della Commissione; atti della Commissione. I primi, per esempio, qualora si assuma che la Commissione sia stata irregolarmente nominata nel suo complesso o in alcuni dei suoi membri o che il posto dovesse essere attribuito per promozione, ecc., costituiscono provvedimenti per sè stanti e definitivi che devono essere impugnati direttamente nel termine di legge, il quale decorre dalla data in cui gli interessati ne abbiano notizia. I motivi concernenti tali atti, sia pure dedotti col ricorso contro il provvedimento definitivo, sarebbero considerati tardivi.

Invece gli *atti della Commissione*, avendo carattere preliminare allo effetto del procedimento del concorso, che è definito con la deliberazione di nomina, non possono essere impugnati se non insieme con il risultato finale, cioè col provvedimento definitivo emanato dall'autorità deliberante sulla base del giudizio della Commissione.

Di questo principio direttivo ha fatto applicazione la IV Sez. del Consiglio di Stato con decisione 18 giugno 1926 n. 322, con la quale è stato dichiarato non valutabile un motivo che deduceva la illegale composizione della Commissione per un concorso indetto dal Ministero della Guerra.

LXVI. — Compensi per lavori straordinari.

È giustificato il compenso speciale concesso all'impiegato che, per incarico legittimamente ricevuto, abbia prestato un lavoro straordinario. Ciò è ovvio. Ma, con riferimento a questa risoluzione di massima, segnaliamo il parere 10 marzo 1926 (Comune di Lendinara) perchè da esso risulta che deve essere considerato lavoro straordinario non soltanto quello che *per sua natura* non rientra nei doveri normali dell'impiegato ma anche quello che per entità quantitativa o per le circostanze di tempo in cui il lavoro è prestato, assume carattere straordinario. Nel caso che era obbietto del parere suddetto si trattava di lavoro di scritturazione di liste elettorali, che rientrava fra i doveri normali dell'ufficio al quale gli impiegati erano addetti. Tuttavia il Consiglio di Stato ha ritenuto giustificato il compenso in considerazione della entità quantitativa del lavoro e dell'orario eccedente il normale.

Circa la misura del compenso il criterio era stato desunto dal R. D. 17 febbraio 1924 n. 182, che stabilisce norme per la concessione dei premi di operosità e di rendimento al personale dell'amministrazione dello Stato. Si è osservato però che, sebbene in via di massima si debbano osservare per i compensi straordinari le norme stabilite per gli impiegati governativi, pure occorre tener presente che le disposizioni del decreto 17 febbraio 1924, oltre ad avere un carattere di generalità, hanno particolarmente di mira la retribuzione delle prestazioni straordinarie di *natura continuativa* mentre, nel caso allora esaminato, si trattava di un lavoro veramente eccezionale, di considerevole mole e di carattere transitorio che doveva essere compiuto entro brevissimo tempo, oltre l'orario normale giornaliero. Per queste ragioni il Consiglio di Stato ritenne che fosse giustificato un compenso anche in misura maggiore di quello risultante dalla applicazione dei criteri desunti dal R. D. 17 febbraio 1924. In concreto, poi, deferì alla G. P. A. in sede di tutela la determinazione della misura del compenso.

LXVII. — Forme per la concessione della indennità caro viveri.

Il Consiglio di Stato, con parere 27 gennaio 1926 (Comune di Caserta) ha richiamato alcune norme concernenti la concessione della indennità caro-viveri, la quale, come è noto, è ora facoltativa per gli enti locali. Il parere si riferisce ad un caso in cui la indennità era stata concessa dalla Giunta comunale, in via d'urgenza, cioè coi poteri del Consiglio. Ma ha osservato il Consiglio di Stato che, trattandosi di una spesa facoltativa per la quale non concorreva a priori alcuna urgenza e tanto meno un'urgenza tale da non permettere la convocazione del Consiglio e dovuta a causa nuova o posteriore all'ultima adunanza consiliare, la Giunta non avrebbe potuto, e dovuto deliberare. Nè vale a sanare la illegittimità della deliberazione la successiva ratifica del Consiglio, perchè questa non può rendere valido un atto nullo per eccesso di potere. Ma anche se l'intervento della Giunta comunale fosse legittimo, sarebbe stata sempre necessaria la osservanza di altre formalità: ratifica in doppia lettura, affissione all'albo pretorio per otto giorni consecutivi; approvazione della G. P. A. dopo 15 giorni dalla pubblicazione, per gli eventuali ricorsi dei contribuenti.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana.

Il 27 ottobre si sono adunati a Padova alcuni rappresentanti della stampa medica italiana, per addivenire alla costituzione definitiva di una nuova Associazione, al posto di quella in crisi, e per discutere lo schema di statuto predisposto da una commissione *ad hoc* e rielaborato dal prof. Ascoli (v. fasc. 15).

Erano presenti: il sen. E. Maragliano (Genova), il sen. G. B. Queirolo (Pisa), l'on. P. Castellino (Napoli), il prof. V. Ascoli (Roma), che presiedette l'adunanza, il comm. L. Pozzi (Roma), l'avv. A. Rummo, anche in rappresentanza del prof. A. Ferrannini (Napoli), il dott. A. Clerici (Milano), il dott. N. Castellino (Napoli), il prof. P. Piccinini (Milano), il prof. L. Piazza (Palermo), il prof. L. Sivori (Genova), il dott. L. Verney (Roma), il dott. F. Figari (Napoli), il dott. G. Grisanti (Palermo), il dott. A. Cambiaso (Genova), il dott. C. Bucchi (Roma).

Avevano aderito alla costituenda Associazione: il sen. G. Sanarelli (Roma) e i colleghi E. Villa (Milano), P. Gaifami (Bari), R. Simoncini (Modena), G. Meldolesi (Roma), G. Prosperi (Firenze), A. Casarini (Roma), G. Oliaro (Torino), S. Sala (Catania), G. Bartolone (Milazzo), F. Perussia (Milano), L. Sagona (Caltanissetta), O. Polimanti (Perugia), N. Sforza (Roma), G. Coen Cagli e A. Piperno (Roma), S. Silvestri (Roma), G. Bilancioni (Pisa), A. D'Ormea (Milano), A. Bolaffi (Livorno).

Ascoli osserva che poche proposte di modificazioni sono state avanzate, e tra esse una sola merita rilievo, concernente l'opportunità che editori e redattori costituiscano due associazioni separate. Si dichiara contrario, dato che si è in pochi e non conviene smembrarsi e considerando che oggi tra editori e redattori non esistono rapporti di interdipendenza, ma di solidarietà. Se dovessero insorgere conflitti, si redimerebbero. L'assemblea approva.

S'impegna la discussione sull'art. 5.

Il sen. Maragliano chiede perchè gli organi di Accademie o di Enti professionali risultino esclusi dall'Associazione; il prof. Ascoli risponde che la redazione di essi non richiede qualità giornalistiche.

Il prof. Piccinini propone che vengano ammessi i periodici a carattere industriale, costituendone, eventualmente, una *Sezione*. L'on. Castellino si dichiara in massima contrario, perchè prospettano interessi extra- o para-scientifici. Osserva che tuttavia vi sono periodici di alto valore scientifico, sostenuti da ditte industriali, ma indipendenti, per i quali è doveroso di fare eccezione. Verney ne adduce qualche esempio. Clerici crede che si debbano eliminare i periodici in cui la pubblicità è dissimulata nel testo. Castellino *jr.* stima che basterebbe esigere una distinzione netta degli articoli con carattere di pubblicità. Clerici prospetta il problema dei periodici d'interessi professionali. Verney rileva che vi sono periodici scientifici con sezione d'interessi professionali, sul tipo del « Policlinico ». Ascoli osserva che conviene considerarne l'indirizzo prevalente. In esito al dibattito Ascoli accetta di escludere dall'Associazione così la stampa industriale come quella professionale e propone di modificare l'art. 5 dello Statuto come segue:

« Sono esclusi dall'Associazione i direttori, redattori, ecc. di periodici destinati precipuamente alla pubblicità e di quelli che risultassero alla dipendenza diretta di una casa industriale (si eccettuano, fra le industriali, le case editrici).

« Non sono ammessi come soci ordinari i redattori di Atti o Bollettini di Accademie o Società scientifiche e i Bollettini degli Ordini dei Sanitari o di periodici dedicati agli interessi professionali ». Si approva.

In conformità alle precedenti decisioni e su proposta di Clerici, l'Associazione assume il titolo: « Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana ».

All'art. 8 Castellino *jr.* propone di semplificare il comma 3°. Si approva la variante:

« Per altri gravi motivi la radiazione viene promossa dallo stesso Comitato e contestata al socio per le sue giustificazioni; giudica inappellabilmente la Giunta ».

All'art. 10 l'avv. Rummo nota che le esclusioni pronunziate dai Comitati locali potrebbero provocare gravi attriti e inceppare l'azione dei Comitati stessi; vorrebbe che le decisioni fossero demandate al Consiglio centrale. Piazza rileva, a tale riguardo, che vi sono periodici attaccabrighe con i quali è sempre fastidioso di aver da fare. Verney osserva che ve n'è anche di libellisti. Ascoli contrappone che conviene avere il coraggio di assumere la responsabilità dei giudizi e delle decisioni e stima che si debba lasciare invariato l'art. 10. L'assemblea approva.

Dopo lievi ritocchi di forma alle disposizioni transitorie, si dichiara costituita l'Associazione e se ne approva lo Statuto.

A norma delle disposizioni transitorie, si passa poi alla formazione di un Comitato provvisorio, il quale supplisca il Consiglio centrale. Su proposta di Castellino *jr.*, esso viene così costituito: Ascoli presidente, Clerici, Ferrannini, Verney segretario.

Ascoli chiede la sanzione dell'assemblea per avere aderito alla costituenda Associazione della Stampa Medica Latina. Si approva con plauso.

Ascoli spiega perchè non sia stato possibile di entrare a far parte dell'Associazione della Stampa Tecnica, mentre non si era ancora costituiti. Si decide di fare i passi per un'intesa.

***

L'assemblea si è anche occupata di una questione d'attualità, che interessa così le ammini-

strazioni come le redazioni dei periodici, concernente le tariffe postali. Secondo norme emanate di recente dall'Amministrazione postale, il benefizio del conto corrente viene limitato quando le pagine di pubblicità sono intercalate nel testo; queste pagine dovrebbero, quindi, essere raccolte in principio e in fine dei fascicoli; ma gl'inserzionisti ricusano tale forma di pubblicità, poco efficace. Per profittare del conto corrente, non resta che incorporare la pubblicità nel testo, con grave disdoro della stampa medica più seria e accreditata, la quale tiene a distinguere nettamente il testo dalla pubblicità. Di fronte agli altri Paesi, la stampa scientifica italiana verrebbe a sentirsi diminuita. Non volendo sottostare a siffatte restrizioni, bisognerebbe corrispondere la tariffa postale intera, il che importerebbe un fortissimo aggravio per le Amministrazioni dei periodici molto diffusi, con notevole discapito dei periodici stessi e degli abbonati.

Ascoli rileva i danni cagionati da tali disposizioni, mentre la stampa medica già si dibatte tra le difficoltà. Pozzi e Rummo li documentano. Castellino *ir.* ribadisce con efficacia e chiarezza queste argomentazioni.

Si decide di formulare un ordine del giorno da raccomandare al Governo.

In seguito ad ulteriore intesa, l'o. d. g. è stato così concretato:

« L'Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana, adunata in assemblea generale a Padova il 16 ottobre 1926;

prese in esame le norme recentemente emanate per le spedizioni dei periodici in Conto Corrente;

considerando che gli annunzi di pubblicità stampati nel testo menomerebbero la serietà e il prestigio della stampa scientifica nazionale, mentre l'obbligo di mettere le inserzioni soltanto al principio e alla fine dei fascicoli porterebbe grave danno economico, fino a compromettere la vita e la diffusione di importanti pubblicazioni valorizzatrici della cultura medica italiana;

fa voti che il Ministro delle Comunicazioni voglia compiacersi di revocare le disposizioni suddette e di ripristinare quelle anteriori, e possibilmente migliorarle, in conformità di quanto fanno altre Nazioni ».

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACUTO (*Roma*). — Al 40° giorno dal 25 ott., ore 18; L. 9500 e 5 quadrienni dec., addizion. L. 4 oltre i 1000 pov., L. 5 oltre i 2000; per uff. san. L. 400. Ab. 3176, di cui 400 sparsi, 700 iscritti. Chiedere annunzio.

ALESSANDRIA. — Pel sobborgo Valmadonna; lire 7000 e 4 quinquenni dec.; addizion. L. 4 oltre il 5 % popolaz.; c.-v.; L. 300 (*sic*) uff. san.; L. 300 supplenza; L. 500-1800 cav.; età lim. 40 a. Serv. entro 15 gg.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitari di Castiglione Sicilia, Linguaglossa, Mirabella Imbaccari e Palagonia; per i primi due conc. L. 7000, per gli altri due L. 6000; 4 quinq. dec. Scad. 15 dic. Esami presso la R. Univ. di Catania. Rivolgersi alla Prefettura, Divis. Sanità.

CHIARI (*Brescia*). — Proroga 20 nov. V. fasc. 46.

COSENZA. *R. Prefettura.* — Uff. sanitario pel comune di Paola, L. 7000 e 5 quadrienni decimo, prorogato a tutto il 20 dic.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — Al 10 dic., chirurgo direttore del Civico Ospedale; docum. al Protocollo. Età mass. 45 a. Certificato voti esami speciali. Tassa L. 50,25. Stip. L. 15.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v. e 50 % operaz. abbienti; assicuraz. Chiedere annunzio.

FOGGIA. *R. Prefettura.* — Ufficiali sanitari dei comuni di Candela, Carlantino, Carpino, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celenza Valforte, Chieuti, Motta Montecorvino, Ortanova, Peschici, Rodi Garganico, Stornarella, Serracapriola; stipendio L. 5000; scadenza al 7 dic.

FORLÌ. *Ospedale Civile G. B. Morgagni.* — Al 10 dic., ore 18, assistente Sez. Medica; L. 3500 annue e partecipaz. onorari, vitto nei gg. di guardia; alloggio, biancheria, ecc. Età mass. 30 a. Tassa L. 50. Chied. ann. alla Congreg. di Carità.

GRIZZANA (*Bologna*). — 1° rep., al 25 novembre; L. 9800 base; età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg.

IMOLA (*Bologna*). — Uff. san. Scad. 20 nov. Vedi fasc. 42.

MIANO (*Napoli*). *Neurocomio e Manicomio « Russo ».* — Medico-alienista interno. Vedi fasc. 45. Scad. 20 nov.

MILANO. *Pio Istituto di S.ta Corona.* — Sono vacanti tre posti. Vedi fasc. 43.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Stip. L. 10,500 lorde pei primi 1000 pov.; per ogni pov. in più L. 4; quattro aumenti quadriennali; L. 400 per uff. san. Documenti di rito e vaglia L. 50.15. Scadenza 16 dicembre.

REGGIO CALABRIA. *Istituto Diagnostico dell'Associazione Naz. per gli Interessi del Mezzogiorno.* — Medico radiologo; titoli; anno di prova; stip. L. 10.000; percentuali 30 % entrate lorde, oltre eventuali entrate. Chiedere schiarimenti Direttore Istituto.

ROMA. *R. Prefettura.* — Uff. san. di Velletri; al 20 nov.; vedi fasc. 36.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo assist. straord.; L. 4500 e alloggio. Medico praticante; solo alloggio. Per i due posti scad. ore 17 del 30 nov.; docum. a 2 mesi dal 1° nov.; titoli. Chiedere ann. alla Congreg. di Carità.

CONCORSI A PREMI.

Premio Vicentini.

La Commissione Reale per la Provincia di Chieti, presieduta dall'on. Raffaele Paolucci, volendo rendere omaggio alla memoria del prof. dott. Filando Vicentini, l'illustre scienziato testè scomparso, ha stabilito pel 1927 un premio per la bat-

teriologia di L. 2000 affidandolo alla Società Italiana di Oftalmologia, dal titolo « I batteri nell'occhio normale e gli studi del Vicentini ».

La comunicazione datane dal dott. cav. Giulio Cozzoli nella seduta inaugurale del recente Congresso Oftalmologico in Roma dinanzi al Governatore dell'Urbe, alle varie autorità e ai direttori di Clinica, ha destato il più vivo ed entusiastico compiacimento.

SARAGOZZA. *Accademia Reale di Medicina.* — Premio di 1000 pesetas al miglior lavoro sul tema: « La sopravvivenza nel suo aspetto medico ». I lavori debbono essere scritti in castigliano ed indirizzati ad Alessandro Palomar de La Torre, Calle della Regia 27, Saragozza. Scad. 15 nov. 1926.

Fondazione G. Mazzoni. — Per chi abbia seguito regolarmente tutti i corsi della Facoltà di med. e chir. e superate al primo esame le prove per gli esami di profitto e di laurea nella Un. di Roma. Il premio (rendita del capitale di 50 mila lire) è dato a chi abbia ottenuto il maggior numero di punti e di lodi. Scadenza 31 luglio 1927.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe D'Agata è trasferito quale professore stabile alla cattedra di clinica chirurgica della R. Università di Messina.

All'ottimo ed illustre clinico, nostro collaboratore, giungano i nostri migliori rallegramenti per la meritata promozione.

La Facoltà medica di Padova con voto unanime ha chiamato il prof. Giacinto Viola, ora a Bologna, alla cattedra di Clinica medica vacante per la morte del prof. Luigi Lucatello.

Il prof. Vincenzo Neri, docente per malattie nervose alla Università di Bologna e direttore della Casa di cura Villa Baruzziana in Bologna, è stato insignito della Croce della Legion d'onore francese, per i suoi studi nel campo della Neurologia.

Il prof. Karl Henschen, di clinica chirurgica a Zurigo, è stato chiamato a Basilea, quale successore del defunto prof. G. Hotz.

L'Università Johns Hopkins di Baltimora (S. U. d'A.) ha offerto la cattedra di neurologia al prof. B. Brouwer, dell'Università di Amsterdam.

La Facoltà Medica di Berlino ha proposto tre candidati quali successori di Kraus alla clinica medica: Volhard di Halle, Schittenhelm di Kiel ed Eppinger di Friburgo; secondo la legge, il ministro della P. I. potrà far cadere la scelta su di uno, ma potrà anche nominare uno non designato.

Una medaglia d'oro della Fondazione Carnegie è stata assegnata al dott. H. Matagne di Bruxelles.

Il prof. G. Debaisieux, clinico chirurgo dell'Università di Lovanio, ha avuto la sua settima figlia, di cui la regina del Belgio ha voluto essere la madrina.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Il prof. Alessandri in America.

Il prof. Alessandri è stato accolto a New York, allo sbarco dal *Roma*, da medici e da autorevoli rappresentanti della Colonia italiana, fra gli altri dall'on. Falbo, direttore del « Progresso italo-americano », e da Luigi Barzini, direttore del « Corriere d'America ».

Nella settimana che fu a New York venne ricevuto degnamente dalle due Società mediche italo-americane di Brooklyn e New York, fu in visita a tutte le più importanti istituzioni mediche americane, fu ricevuto con gran piacere e cordialità dal dott. Carrel, direttore del Rockefeller Institute, che si intrattenne a lungo con lui sugli studi recenti del Carrel sulle colture dei tessuti e volle conoscere i lavori fatti nella Clinica Chirurgica di Roma sulla patogenesi dei tumori; fu accompagnato dal direttore generale degli ospedali di New York a visitare l'istituto per il cancro, ecc.

Il prof. Alessandri tenne tre conferenze scientifiche apprezzatissime. La prima conferenza fu « Sui criteri patogenetici, diagnostici e curativi dell'ulcera digiunale postoperatoria », la seconda tenuta ad una riunione dei chirurgi del Massachusset fu su « Tumori sperimentali dello stomaco da catrame », la terza fu sul « Pneumoperitoneo e pneumorene ».

In tutte e tre le conferenze il prof. Alessandri parlò in inglese e ricevè le congratulazioni più sentite da chirurgi americani quali il Goetch e il Mc Carthy.

L'8 ottobre il prof. Alessandri fu a visitare ufficialmente l'Ospedale Italiano di New York e fu invitato con la sua gentile signora ad un lunch all'Hôtel Plaza dato dal presidente dell'Ospedale Italiano che aveva riunito per l'occasione le personalità più importanti della colonia.

Erano presenti il Console generale d'Italia a New York, i direttori dei giornali quotidiani di New York, il direttore del « Carroccio », la più importante rivista mensile in lingua italiana negli Stati Uniti, industriali, commercianti, professionisti.

Il prof. Alessandri parlò ascoltatissimo rilevando l'apprezzamento che oggi hanno per noi italiani gli americani, apprezzamento che comincia ad essere effettivo in quanto egli è stato invitato a collaborare a un trattato di chirurgia americano che si pubblicherà in New York.

Il 10 ottobre il prof. Alessandri è partito per Chicago, Cleveland, Rochester (Minnesota) e dovunque ha avuto liete accoglienze. Sarà di ritorno a Roma in novembre.

V. GROSSI.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso italiano per il progresso delle Scienze.

Si è svolto attivissimo a Bologna, dal 31 ottobre al 2 novembre.

L'inaugurazione ebbe luogo con grande solennità nell'Aula Magna dell'Archiginnasio, alla presenza di S. E. l'on. Mussolini e di altissime autorità.

L'on. Mussolini pronunziò un efficace discorso, in cui prospettò l'importanza della scienza nel campo pratico e la necessità di promuoverla, da parte di un governo avveduto. Parlarono anche il sindaco, gr. uff. Puppini, il rettore dell'Università prof. Sfameni, il presidente della Società Italiana per il Progresso delle Scienze prof. Somigliana, il vice-presidente prof. Solmi, S. E. Porro, il prof. C. Arnò.

All'uscita dell'Archiginnasio ebbe luogo il nuovo inconsulto attentato alla persona invitta del Duce. Esso ha destato la generale esecrazione e provocato grandi manifestazioni di fede incrollabile nei destini della Patria. In nome della famiglia medica italiana ci associamo a questi sentimenti.

Al Congresso sono state fatte importanti comunicazioni di biologia; ce ne occuperemo prossimamente.

Al Congresso francese per il progresso delle Scienze.

Si svolse a Lione nello scorso luglio. Destò interesse una relazione di Hugounenq, decano onorario della Facoltà medica, il quale tentò di spiegare le leggi dell'eredità con semplici fenomeni fisico-chimici. Furono fatte varie comunicazioni sulla curie- e la roentgen-terapia, tra cui una interessante di J. Risler sulla radioattività dei sali di potassio nell'organismo.

L'Associazione Britannica per il progresso delle Scienze.

Si è adunata a Londra in agosto. Tra i temi discussi furono: l'evoluzione dell'uomo moderno; popolazione e rifornimento alimentare; l'eredità; la perdita dei peli della razza umana.

Congresso regionale di pediatria.

Il 26 ottobre, nei locali della Clinica Pediatrica di Padova, ebbe luogo la riunione della Sezione Veneta della Società Italiana di Pediatria. V'intervennero, oltre a parecchi professori ed assistenti dell'Ateneo patavino, numerosi medici della provincia e delle città venete. Teneva la presidenza il prof. Berghinz, assistito dal dott. Smaniotto.

Il presidente nella sua relazione, dopo aver esposto l'incremento dato in questi ultimi tempi alle opere di protezione dell'infanzia, parla dei brillanti successi ottenuti colla cura Bordié nel trattamento delle paralisi infantili. Seguono di poi le comunicazioni sui temi vari.

Congresso di rappresentanti dei Comuni di cura.

Si è svolto il V Congresso di rappresentanti di luoghi di cura. Assisteva all'inaugurazione il sotto-segretario di Stato agli Interni on. Teruzzi in rappresentanza del Governo. L'on. Meraviglia, presidente dell'Associazione nazionale degli enti autarchici, illustrò gli scopi del Congresso. L'on. Teruzzi disse che fra i più importanti problemi che il fascismo si è proposto di affrontare e risolvere figura in uno dei primi posti quello dei luoghi di cura, che hanno in Italia possibilità di sviluppi e possono consentirle di assumere in questo campo il primo posto.

Le Corporazioni Fasciste per la lotta antitubercolare.

Si sono riuniti a Roma, sotto la presidenza dell'on. Rossoni, il prof. Guido Mendes ed il dott. Parodi in rappresentanza della Federazione Nazionale della Lotta contro la Tubercolosi, ed il dott. Armando Fioretti in rappresentanza della Corporazione Nazionale Sanitaria; scopo del Convegno è stato quello di addivenire ad un particolareggiato esame dell'azione da svolgere per l'attuazione della lotta contro la tubercolosi.

Il prof. Mendes ed il dott. Parodi hanno presentato uno schema di progetto per una forma di assicurazione tendente ad accentrare i contributi in unico Ente, che dovrebbe permettere un'effettiva e reale applicazione di un piano per la lotta contro la tubercolosi. Il dott. Fioretti ha fatto presente la necessità di addivenire all'unificazione di tutti i servizi di assistenza medica della classe lavoratrice. L'on. Rossoni dispose che al più presto si convocasse un Convegno per un più dettagliato esame del metodo e delle provvidenze che si devono invocare dal Governo per la lotta antitubercolare.

Convegno di Direttori d'Ospedale.

Si è tenuto a Milano un convegno del Direttorio sezionale nazionale Direttori d'ospedale del Sindacato medico fascista, con l'intervento dei direttori degli Istituti ospitalieri dell'Italia superiore.

Tra gli argomenti discussi, i più importanti riguardano i rapporti della Sezione colle Corporazioni e coi Sindacati medici provinciali, il funzionamento dei piccoli Ospedali, la necessità di passare gli Ospedali alla Direzione di Sanità, ecc. Circa poi l'interessante questione del Regolamento Ospitaliero unico fu approvato un ordine del giorno nel quale si auspica che esso possa venire approvato al più presto e si riafferma nel tempo stesso la necessità che gli Ospedali passino, come ogni altra branca della medicina sociale, alla Direzione di Sanità.

Nello stesso Convegno fu deciso che della Sezione si facciano almeno due delegazioni: una dell'Italia settentrionale con sede a Milano e l'altra per l'Italia centrale e meridionale con sede a Roma. Quest'ultima avrà per delegati locali il prof. Angelini per Roma e il prof. Curcio per Napoli.

Associazione Ospedaliera Americana.

L'« American Hospital Association » ha tenuto il suo 28° convegno annuale ad Atlantic City dal 27 settembre al 1° ottobre. I temi ufficiali discussi furono: Estensione degli ospedali all'intera collettività; Economia nella costruzione e nell'amministrazione degli ospedali. All'adunanza intervennero delegati dell'Inghilterra, Australia, Cina, Filippine, Hawai, Panama, Porto Rico. Vi furono annesse due esposizioni: una scientifica e didattica, l'altra d'organizzazione, arredamenti e presidî tecnici. Si sono tenute varie feste, tra cui un ricevimento ufficiale e una serata danzante.

Accademia Americana di Oftalmologia e di Otolaringologia.

Ha tenuto la sua 31ª adunanza annua dal 13 al 18 settembre, in Colorado Springs, sotto la presidenza di E. C. Ellett. Ospite d'onore è stato B. Graves di Londra, che trattò dell'estrazione della cataratta. R. H. Gault riferì sull'audizione attraverso la pelle. Il congresso fu rallegrato con un torneo di golf, una serata danzante e un banchetto.

Associazione di lingua francese d'infortunistica e malattie professionali.

Si è costituita a Parigi, sotto la presidenza del prof. Balthazard, segretario generale il prof. Imbert di Marsiglia; terrà il suo primo Congresso a Parigi nell'ottobre 1927.

Sanatorio antitubercolare Vittorio Emanuele III a Mussolinia.

La Commissione tecnico-sanitaria, incaricata dello studio del progetto per l'erigendo Sanatorio a Mussolinia, ha espletato il suo còmpito e consegnato al Prefetto della Provincia una relazione perchè sia trasmessa al presidente dell'Istituto Antitubercolare, S. E. De Micheli.

La Commissione ha riconosciuta adatta la località Poggio Janchi ed ha proposto che il Sanatorio ospiti non meno di 100 ammalati, onde rimediare, in parte, alla difettosissima assistenza ospedaliera dei tisici della Provincia di Catania e di quelle di Caltanissetta e Siracusa. La spesa preventivata ascende a 2 milioni, calcolando il costo di ogni postoletto in L. 20,000 e considerato che molto materiale di costruzione trovasi sul posto.

Sanatorio Birago di Vische in Torino.

Il 10 ottobre, con l'intervento di S. A. R. il Duca di Genova e di S. Em. l'Arcivescovo di Torino, venne inaugurato il Sanatorio Birago di Vische dell'Ospedale Amedeo di Savoia, adibito dalla Fondazione Piemontese Industriale ed Operaia per la lotta contro la tubercolosi al ricovero degli operai tubercolotici.

Il reparto inaugurato rappresenta il frutto tangibile di un atto nobilissimo di solidarietà umana dato da industriali ed operai (ben 420 ditte torinesi concorsero con una giornata di lavoro) per sopperire ai bisogni della lotta antitubercolare fra gli operai. Questo primo reparto (che funzionerà con nuovi contributi annuali di industriali e di operai e che rappresenta un primo nucleo di altre maggiori e benefiche opere nel campo della previdenza antitubercolare) servirà ad assicurare agli operai tubercolotici un istituto di cura proprio, dove potranno trovare ricovero con sollecitudine e le cure più moderne suggerite dalla scienza.

Oratore della semplice e gentile cerimonia fu il prof. Battistini, presidente della Fondazione stessa.

Nell'Asilo Tropeano a Napoli.

La Deputazione Provinciale di Napoli, presieduta dall'on. Salvatore Girardi, ha acquistato una superba villa prospiciente l'Asilo Tropeano e l'ha consegnata allo stesso Asilo per l'assistenza degli anormali (ineducabili, semi-educabili, educabili). Nello scorso mese di settembre ne venne inaugurato il funzionamento: forma la tredicesima Sezione dell'Asilo Tropeano.

Alle Terme di Castellammare di Stabia.

Il 14 settembre u. s., alla presenza del ministro on. Di Scalea, di numerose autorità, nonchè di molti professori dell'Ateneo napoletano, ebbe luogo in Castellammare di Stabia la cerimonia della posa della prima pietra dell'ala nuova delle Terme Stabiane. Parlarono il sindaco di Castellammare, dott. Monti, poi il presidente delle Terme, gr. uff. Bonolla, l'on. prof. Pietro Castellino, consulente generale delle Terme; il vicario monsignor Del Gaudio benedisse l'artistica pergamena che ricorda l'avvenimento.

Alle Terme di Salsomaggiore.

Si è inaugurata a Salsomaggiore una grandiosa opera di previdenza e assistenza sociale, con l'impianto di due nuovi padiglioni, intitolati uno a Porro e l'altro a Valentini, che fu il primo medico organizzatore di quella stazione termale.

Il premio Nobel

ha corso grave rischio di essere soppresso dal fisco; ma in seguito alla campagna dei parlamentari svedesi e della stampa mondiale, è stato ora nuovamente assegnato. Per la medicina l'assegnazione è stata fatta al prof. Giovanni Fibiger, di anatomia patologica all'Università di Copenaghen, ben noto per i suoi studi sul cancro spirotterico. Il premio importa 37 mila dollari, cioè oltre 800 mila lire italiane.

Borsa di Studio Luigi Lucatello.

Per onorare la memoria del prof. L. Lucatello, clinico illustre, il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Padova deliberava di aprire una pubblica sottoscrizione per la fondazione di una Borsa, a carattere assistenziale, intitolata al suo nome.

Elargizioni.

L'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, presieduta dall'on. A. Blanc, ha concesso L. 10 mila alla Congregazione di Carità quale contributo per il funzionamento di una sala di refezione presso la Casa di cura « Regina Margherita ». Inoltre ha elargito un sussidio di L. 10 mila alla Casa del latte « Principessa Giovanna ».

Corso di perfezionamento in igiene.

Avrà luogo dal 1° febbraio a tutto marzo, nel R. Istituto d'Igiene di Pavia, per aspiranti alla carica di ufficiali sanitari. Tasse complessive lire 307.50. Norme consuete.

Scuola Medica Ospedaliera di Roma.

Durante l'anno scolastico 1926-27 si terrà una serie di corsi di durata variabile da uno a tre mesi, per medici e per studenti, sulle materie seguenti: medicina generale; chirurgia generale; chirurgia dei bambini e ortopedia; anatomia e istologia patologica, tecnica delle autopsie; dermatologia e sifilografia; diagnostica della tubercolosi polmonare; diagnostica e tecnica delle malattie nervose; esercizi di semeiotica medica (per studenti); malattie dell'apparato circolatorio; medicina operatoria; oculistica e tecnica oftalmoscopica; oto-rino-laringoiatria; ostetricia e ginecologia; patologia clinica dell'apparato digerente (per soli medici); pediatria; radiologia; cistoscopia e tecnica urologica; tecnica medica; tecnica delle perizie medico-legali. Chiedere programmi dettagliati alla segreteria (Policlinico Umberto I - Roma).

Scuola Samaritana di Roma.

Il quattordicesimo anno didattico della Scuola Samaritana di Roma verrà iniziato verso la fine del corrente mese col consueto programma per la diffusione delle conoscenze sui soccorsi d'urgenza e sull'assistenza ai malati e feriti.

Questo insegnamento, pel quale fu già conferita alla Scuola la medaglia d'oro ai benemeriti della salute pubblica, è alla portata di ogni classe di cittadini ed utile anche per le famiglie.

Le iscrizioni, per le quali non occorre alcun titolo particolare, si ricevono al Collegio Romano tutti i giorni, meno i festivi, dalle 18 alle 20.

Gli effetti dello sport sulla salute.

Il Ministero della Guerra francese ha ordinato che alla visita medica per il servizio militare le reclute siano divise in due gruppi: *a*) quelle che hanno fatto dello « sport »; *b*) quelle che non lo hanno fatto; e tutte siano sottoposte a severo e minuzioso esame, esteso non soltanto, come ora si usa, all'altezza e alla capacità toracica, ma alle condizioni degli organi respiratori e del cuore.

L'esame al quale si vogliono sottoporre le giovani reclute francesi era da tempo richiesto dai medici più illustri e dagli stessi sportisti che non considerano gli esercizi fisici come fine a sè stessi, ma come mezzo per raggiungere il massimo dei beni, la salute e la robustezza.

Se la visita medica dimostrerà che lo « sport » ha fatto del bene a tutti, ponendo i giovani che ad esso si sono dedicati in condizioni di superiorità su quelli che non lo hanno praticato, tanto meglio: se invece dimostrerà che per un numero rilevante di individui è riuscito inutile o dannoso, si provvederà a regolarlo con norme più razionali.

Nuovi raggi catodici per la cura del cancro.

In una conferenza tenuta al « Franklin Scientific Institute » di Filadelfia, il dott. W. G. Coolidge ha illustrato un nuovo tubo catodico da lui scoperto, per mezzo del quale è possibile produrre correnti ricchissime di elettroni.

Questi raggi catodici dimostrano azioni chimiche intense. Si prevede che si riveleranno della massima utilità nella cura dei tumori maligni.

La canfora sintetica.

Un metodo per la produzione di canfora sintetica dalla trementina venne elaborato in Germania durante la guerra; il quantitativo prodotto è ora aumentato considerevolmente: così il console degli Stati Uniti a Berlino informava che, nell'aprile scorso, ne furono inviati per 286.000 dollari negli Stati Uniti.

È strano che per questa produzione può impiegarsi solo trementina di provenienza americana; la trementina russa e quella polacca non si dimostrano soddisfacenti.

Per lo studio farmacologico del cactus.

La Facoltà Medica dell'Università di Messico ha istituito un premio per lo studio farmacologico dei cactus di tipo « peyote »; il concorso si chiuderà nell'aprile 1927; è aperto solo a medici messicani o che risiedono nel Messico da almeno tre anni.

Divieti d'importazione di farine e dolci.

Un decreto del Ministero delle Finanze in data 18 settembre 1926 vieta l'importazione di farine di frumento abburattate a rese inferiori all'80 per cento, fatta eccezione per quelle destinate ad opifici per la fabbricazione di paste alimentari; vieta anche l'importazione di dolci e pasticcerie confezionati con farina di frumento, fatta eccezione per le spedizioni che risultino effettuate in data anteriore al decreto.

Consumo di prodotti per i capelli.

Il Dipartimento del Commercio degli Stati Uniti informa, in un comunicato del 29 agosto, che i « tonici per capelli » prodotti negli Stati Uniti durante il 1925 sono stimati del valore commerciale di dollari 9.480.000 e le tinture per capelli di dollari 1.616.000; complessivamente circa un quarto di miliardo di lire italiane.

Infortuni di sanitari.

Il dott. Antonio Santangelo, di Napoli, medico condotto di Papozze (Venezia) e segretario politico di quel Fascio, è rimasto fulminato dalla corrente elettrica mentre eseguiva, nella propria abi-

tazione, un attacco di condottura elettrica a soli 120 volts, poggiando i piedi sopra un terreno umido; contava 32 anni.

Il dott. Ferruccio Lamioni, medico condotto di Castellarano (Reggio Em.), attraversava un ponte tenendo in braccio una bambina, quando è caduto nel sottostante torrente in piena ed è stato travolto dalle acque insieme alla bambina; i due cadaveri sono stati ritrovati dopo ore di affannose ricerche.

Il dott. Nello Cacciari, medico condotto di Casalgrande (Reggio Em.), urtava con la propria motocicletta un'automobile pubblica, rimanendo ferito ad una mano e ad una gamba.

Il dott. Carlo Cencini, di Vicenza, chirurgo dentista, veniva aggredito da una cameriera, Alice Serafini, ventiduenne, recatasi nel suo studio; ella gli tirò due colpi di rivoltella, andati a vuoto, e poi con un terzo colpo alla tempia si uccideva.

Errore fatale.

Nell'Ospedale di Baden presso Vienna sono morti sei bambini d'intossicazione difterica in seguito a iniezioni profilattiche. Al processo penale che ne è seguito venne sostenuta la tesi che il siero-vaccino si fosse scomposto; ma il prof. Grassberger ha affermato che l'Istituto sieroterapico ha fornito, per errore, fialette di tossina anzichè di siero.

Università galleggiante.

Come ne abbiamo dato notizia, è stata attuata in America; comprende 450 studenti, ripartiti in tre categorie (studenti di scuole secondarie, universitari e laureati); farà scalo in 45 porti, allo scopo di far estendere la conoscenza dei metodi e procedimenti di studio, delle organizzazioni tecniche, dei costumi, ecc.

Le qualità dell'emigrante italiano.

La Società Nazionale di agricoltura di Rio Janeiro ha pubblicato, raccolti in volume, i risultati di una inchiesta sul problema dell'immigrazione. Al quesito posto per stabilire se determinate nazionalità fossero da preferire, il *referendum* ha concluso dando 100 risposte favorevoli agli italiani, 72 ai tedeschi, 64 ai portoghesi, 30 agli spagnuoli, 15 ai polacchi, ecc.

Registriamo le morti di:

C. Oddo, clinico medico di Marsiglia, autore della « Médecine d'urgence », ora alla 5ª edizione, a 66 anni;

O. Madelung, professore emerito di clinica chirurgica a Gottinga, il cui nome è associato alla deformità di Madelung e al lipoma cervicale, a 80 anni;

A. Gomez Calvo, già professore di clinica psichiatrica a Bogota e ora presidente della « Academia Nacional de Medicina »;

A. Falck, professore di farmacologia a Kiel, a 76 anni;

J. F. Hall Edwards, un pioniere della roentgenologia; gli erano state amputate le due mani, in seguito a radiodermiti; lascia alcuni libri sui raggi X; contava 68 anni.

M. Nencioni, libero docente di dermosifilopatia, direttore del Dispensario celtico municipale di Firenze.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 22 Novembre 1926 Fasc. 47

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I CONGRESSI DEL GIORNO.

XXXII Congresso di Medicina Interna.

27 ottobre 1926.

Sedute in comune con la Società Italiana di Chirurgia.

Seduta antimeridiana.

Presidenza: Sen. E. MARAGLIANO (Genova).

Relazione sulla cura chirurgica della tubercolosi polmonare.

PARTE MEDICA.

Relatore: Prof. F. GALDI (Bari).

Anche per gli organi toracici sta succedendo adesso in grande stile quello che era già avvenuto per gli organi addominali e, fino ad un certo punto, per l'asse cerebro-spinale; val quanto dire che, dopo la diagnosi accertata coi migliori mezzi a nostra disposizione, la terapia non si contiene più entro i confini del trattamento medico a base di risorse igienico-dietetiche e rimedi di ordine chimico, fisico e biologico, ma invoca il soccorso modificatore dell'arte chirurgica, che, intervenendo ardimentosa e sicura, ha spesso condotto ad esiti veramente insperati.

Il giorno in cui Carlo Forlanini segnava i canoni classici del pneumotorace artificiale e ne dimostrava la grande efficacia nella cura della tubercolosi, si gettavano, per così dire, le prime basi scientifiche della cura chirurgica di questa malattia del polmone, pur non disconoscendo che il consiglio d'insufflare aria nella cavità toracica per il trattamento dell'empiema, rivendicato a Potain nel 1888, risale fino ad Ippocrate e che qualche fortuita osservazione di tubercolosi polmonare guarita per ferite penetranti si riscontra anche in Giorgio Baglivi.

Allo stesso modo che il nome di Carlo Forlanini è legato alla pratica del pneumotorace artificiale, quello di Ernesto Ferdinando Sauerbruch si connette ai coraggiosi interventi operativi sul polmone tubercolotico, e specialmente alla toracoplastica che ne rappresenta il più difficile e rischioso.

Tutta la moderna terapia chirurgica della tubercolosi polmonare rientra nel perimetro della collassoterapia, orientandola perciò intorno allo pneumotorace artificiale, di cui essa può rappresentare la preparazione, il completamento o fino ad un certo punto la sostituzione nel caso che per alcuni motivi lo pneumotorace non riesca attuabile. È necessario quindi che il medico apprezzi questi interventi operatori sulla base delle indicazioni generali e particolari della terapia collabente, assegnando ad ognuno di essi una speciale caratteristica d'indicazione e vagliandone con ogni circospezione non gli effetti teoretici, sopra uno sfondo sperimentale per quanto logicamente giustificato, ma le più probabili evenienze nel determinato organismo considerato nelle lesioni toraciche e nelle reazioni del complesso individuale.

La pleuropneumolisi, dunque, la toracoplastica extrapleurica e la frenicotomia rappresentano una collassoterapia del polmone per via chirurgica come il pneumotorace artificiale la rappresenta per via della tecnica medica.

* * *

Quando il medico internista si affaccia a considerare gl'interventi operativi per la tubercolosi polmonare, la grande questione finisce per gravitare, come si è visto, intorno all'efficacia ed alla indicazione generale della collassoterapia.

Se vuol sintetizzarsi in poche parole l'enorme massa di lavori che si è raccolta in tutto il mondo per la cura della tubercolosi polmonare, rimangono saldi su basi graniticamente scientifiche e pratiche due principî sacramentali: riposo dell'organismo infermo, riposo funzionale dell'organo compromesso. In uno dei nostri ultimi Congressi sentimmo ribadita dalla voce del Viola l'importanza massima che ha nella tubercolosi la nutrizione cellulare perchè l'organismo possa fornirsi ed accrescersi di resistenza: ogni perdita inutile di energia deve assolutamente evitarsi, cominciando dall'attività cardiaca cui si attribuisce un ben meritato valore nella formazione del concetto prognostico circa la guaribilità della tubercolosi. Rimangono così pienamente confermate nel loro grande significato le cure dietetiche, climatiche, ricostituenti in genere, le quali mirano appunto a che l'organismo reagisca con tutti i suoi poteri contro il germe morboso; che anzi, sviluppatisi sempre meglio i concetti dell'individualità per la prima volta propugnati in questa gloriosa Scuola di Padova dal non mai abbastanza compianto Maestro Achille De Giovanni specie nei riguardi della tubercolosi, sentiamo continuamente ripetere che ogni tubercolotico ha il suo clima *optimum* in cui meglio riesce a signoreggiare la malattia: e per *clima* dobbiamo intendere non solo l'ambiente nel senso geografico e metereologico, ma anche il complesso delle condizioni igienico-dietetiche e perfino l'atmosfera morale. Non appena però che le forze reattive organiche vengono meno o si stabilisce quasi una fase di equilibrio, che è stasi, fra l'agente patogeno con le sue tossine e l'organismo tendente all'inerzia, insorge e s'impone il caso di invocare prudentemente le cure stimolatrici, di ordine specifico come i vari trattamenti con le tubercoline, o di ordine aspecifico come la proteinoterapia, la chemioterapia, la terapia con mezzi fisici.

Procedere di primo acchito al collasso del polmone per mezzo dello pneumotorace (e non parliamo ancora degl'interventi schiettamente chirurgici), non appena si è diagnosticato un inizio di lesione apicale, sarebbe senz'altro una misura avventata, di cui potrebbe farsi a meno senza nuocere per nulla all'infermo; ma è anche necessario che vi si sappia ricorrere a tempo, quando cioè le lesioni non abbiano raggiunto tale grado da rendere impossibile, per la dispnea e la cianosi già presenti, il congruo abbassamento della funzionalità del polmone, o l'organismo sia caduto in siffatte condizioni di defedamento da non poter più svolgere alcun'attività riparatrice. Nella maggior parte dei casi in cui la tubercolosi non guarisce, vi è di mezzo proprio questo deterioramento dell'organismo, espresso da stati degenerativi del cuore o dei reni, da processi amiloidei, da un terreno diabetico, da localizzazioni tubercolari in altre regioni, specie nell'intestino e nella laringe.

Le condizioni del polmone rappresentano qualcosa del tutto speciale, in quanto si potrebbe esso considerare — diceva bene il Boeri l'anno scorso — più come l'espressione di una funzione che come un organo materiale. Il delicatissimo tessuto ripieno di aria e di sangue, esposto ad un incessante movimento ritmico, mal si presta al riposo; donde in determinati casi la necessità del collasso artificiale, che coarta la mobilità dell'aria respiratoria e induce una serie di immediate conseguenze, le quali vanno dall'arresto del processo morboso all'ostacolo contro novelle infezioni *ab externo* ed all'impedimento di una diffusione inalatoria di escreti e germi da un polmone all'altro.

Dovendosi intervenire col collasso terapeutico, ne seguono, sul terreno teoretico, altri due corollari: la opportunità che il collasso sia quanto più è possibile completo, e la condizione immediatamente logica che il processo morboso sia limitato ad un solo polmone.

La collassoterapia induce delle modificazioni nelle condizioni fisiologiche, che vengono messe a profitto nel processo di guarigione. Mentre però, come anche Brauer ha dimostrato, basta anche un collasso incompleto perchè si producano modificazioni anatomo-patologiche favoritrici di sclerosi polmonare, è necessario che il collasso sia il più che possibile completo perchè si trasformino vantaggiosamente i rapporti fisiologici.

Allorchè si procede allo pneumotorace si vince l'adesione pleurica ed il polmone, retraendosi verso l'ilo, si allontana dalla parete toracica, la quale è sporta più in fuori per la raccolta del gas, mentre il diaframma è spinto più in basso. Tutto ciò presuppone un congruo volume di gas, perchè se questo non raggiunge una certa portata, il polmone, il diaframma e la parete toracica sono mantenuti ancora in una certa tensione, e la pressione endotoracica continua ad essere negativa.

Deve però osservarsi che il mediastino *in toto* ed i suoi punti più bassi dimostrano molte differenze individuali che vanno apprezzate caso per caso.

La prima questione, che poi costituisce il cardine del meccanismo collassoterapico, è senza dubbio quella della circolazione.

Al rallentamento della circolazione sanguigna si unisce anche un rallentamento della circolazione linfatica, che secondo Tendeleo e Naegeli è proporzionata ai movimenti respiratorî del polmone: diminuisce quindi la facilità alla propagazione dei germi ed all'assorbimento delle tossine batteriche; mentre il sangue, essendo più povero di ossigeno,

presta un terreno meno favorevole alla vitalità del bacillo, esercitando così un potere battericida.

Non si può parlare di guarigione di tubercolosi in questa o quella parte del corpo senza pensare ad un processo d'incapsulazione fibrosa; e perciò è intuitivo immaginare anche un processo consimile a proposito della collassoterapia. Risalta però subito che di fronte alle numerosissime osservazioni cliniche è assai scarsa la serie dei dati anatomo-patologici, fra i quali è per noi doveroso ricordare le prime indagini di Cantani ed Arena.

Una cospicua produzione connettivale nei polmoni tubercolotici sottoposti alle cure dello pneumotorace fu notata anche dal Molon; e nella letteratura straniera si registrano le indagini di Graetz, Wernecke, Kistler, Bruns, Dunin, Jehn, Tomaszewski, Burnard, Lindblom, le quali del resto non fanno che confermare quanto si è ora accennato.

Si conclude così che la pratica della collassoterapia rappresenta nè più nè meno che una *pneumectomia fisiologica*.

***

Un'altra questione importante è quella che concerne le condizioni del polmone controlaterale: questione che si è venuta agitando massime negli ultimi tempi e non solo nei riguardi dello pneumotorace artificiale, ma anche delle operazioni chirurgiche propriamente dette.

Se si volesse intanto eseguire la collassoterapia secondo le regole classiche, quando cioè l'altro polmone è completamente immune da lesioni tubercolari, questo mezzo terapeutico non potrebbe applicarsi che ad una serie molto ristretta di casi.

È naturale che nelle contingenze di lesioni controlaterali la tecnica consiglierà di non procedere con pressioni brusche in materia di pneumotorace: perchè è giusto avanzare per assaggi e non provocare lo sprigionarsi di un eccesso di tossine capaci di abbassare l'attività allergica del polmone opposto.

***

Voler pretendere che si possano elencare con la precisione da schedario le indicazioni e le controindicazioni della collassoterapia in genere, e più ancora quelle dei singoli metodi incruenti e cruenti della chirurgia, sarebbe opera vana, la quale già urterebbe contro l'indiscutibile principio dell'individualismo delle costituzioni ed a quello delle svariate forme morbose nei loro differenti stadi di sviluppo.

Anzi tutto non si ricorrerà senz'altro alla collassoterapia, e per essa allo pneumotorace, nelle incipienti affezioni apicali, quando tutto può far sperare che la malattia ceda ai comuni mezzi terapici, sia che trattisi di una localizzazione bronco-alveolitica o di noduli peribronchitici o di una pleurite dell'apice. Non si ricorrerà ugualmente a pratiche collassoterapiche in quei casi in cui può diagnosticarsi una forma saprofitica di tubercolosi, a decorso oltremodo lento, nella quale i bacilli hanno una scarsa virulenza e, mentre sono presenti in maniera anche discreta nell'espettorato, le alterazioni locali non tendono a diffondersi e le condizioni generali dell'organismo sono soddisfacenti. In terzo luogo sfuggiranno alla collassoterapia le manifestazioni puramente fibrose, le quali o procedono a tappe di gran lunga intermittenti, o rivestono le fattezze di una sclerosi densa con notevole risentimento dello stato generale a forma cachettica, che assume la maggiore importanza di fronte allo stato locale del polmone.

La collassoterapia ottenuta con lo pneumo, potendosi graduare e sorvegliare adeguatamente, offre l'agio di seguire in particolar modo le prime tappe del trattamento, durante le quali il polmone controlaterale è messo ad una specie di prova di resistenza. Se le sue condizioni non subiscono un peggioramento all'inizio della cura, in generale la prognosi può ritenersi soddisfacente.

Queste misure prudenziali hanno tanto più valore in quanto si conosce che, anche a polmone controlaterale clinicamente e perfino anatomicamente sano, un rapido collasso del polmone malato può indurre nel controlaterale una pressione negativa così forte pel bisogno di ossigeno, da determinare da parte sua un'aspirazione di linfa infetta (*infezione linfograda*) e per conseguenza una tumultuosa diffusione della malattia dall'ilo in tutto il polmone fino allora sano.

Ciò posto, se per uno pneumotorace artificiale bisogna badare ad una quantità di circostanze nei riguardi del polmone controlaterale, le preoccupazioni debbono crescere per la toracoplastica. A me sembra che questa vada senz'altro esclusa non solo quando vi sono lesioni attive, per quanto piccole, nel polmone controlaterale, specie poi se in regioni differenti dall'apice; ma anche in tutti quei casi in cui non può garentirsi un'integrità clinica di questo polmone.

Per quanto concerne l'ambiente extrapolmonare, vanno subito prese di mira le condizioni del sistema nervoso. Controindicazioni alla collassoterapia si hanno nelle gravi affezioni tubercolari dell'intestino e dei reni; per la tubercolosi laringea, se le lesioni sono iniziali, non vi è controindicazione, anzi si è notata una diminuzione di tosse e di espettorato bacillifero dopo l'intervento. La tubercolosi ossea ed articolare non ha in genere grande importanza, a meno che non vi siano delle vaste alterazioni. Di fronte ai vizi cardiaci scompensati o nelle degenerazioni miocardiche, non rare nelle tubercolosi anche non molto avanzate, con spiccata labilità vasomotoria e bassa pressione sanguigna, è necessità rinunziare ad ogni collassoterapia, la quale avrebbe un infausto riverbero sulle condizioni del cuore, talvolta indirette responsabili, secondo il Lorenzani, di una eclampsia pleurica: se invece i difetti valvolari sono ben compensati, è permesso di agire prudentemente con uno pneumotorace, mentre una tora-

coplastica sarebbe per lo meno assai rischiosa, onde è preferibile farne a meno per non rompere l'equilibrio già composto nei meccanismi del centro circolatorio. Altrimenti però stanno le cose in quei disturbi che dipendono da uno spostamento del cuore (ad es. la tachicardia), in cui un'opportuna collassoterapia, operata anche mediante la toracoplastica, può riuscire vantaggiosa.

Per le affezioni non tubercolari dei reni, fa d'uopo distinguere fra la semplice albuminuria tossica e le vere e proprie alterazioni anatomiche, specie la degenerazione amiloidea: nel primo caso si possono avere dei buoni effetti anche sull'albuminuria da uno pneumotorace, al quale, secondo le circostanze, potrebbe seguire altresì una toracoplastica; nel secondo caso, se deve escludersi assolutamente una toracoplastica, è permesso far solo qualche circospetto tentativo di uno pneumotorace: esso però, nel caso che oltrepassi per poco un certo livello di pressione, può aggravare le condizioni renali con l'immissione in circolo di materiali tossici non indifferenti per gli emuntori già tarati e con eventuali aumenti della pressione generale. Nel diabete, infine, che rappresenta notoriamente uno dei terreni più favorevoli alla tubercolosi, massime nella forma essudativa e distruttiva, non è affatto a parlare di toracoplastica, mentre in qualche caso lieve può tentarsi lo pneumotorace.

Lo pneumotorace artificiale trova il massimo della sua indicazione nelle affezioni essudative e progressive sino alle forme a tendenza caseosa. Queste ultime tanto meglio si giovano dell'intervento per quanto più vi si ricorre in tempo precoce, allorchè non siano ancora comparse altre localizzazioni morbose, non si siano formate aderenze, non abbiano avuto luogo complicanze come l'emoftoe, ed il soggetto si trovi ancora in condizioni generali abbastanza buone. Le statistiche arrivano a segnalare una mortalità dimezzata negl'infermi trattati con pneumotorace precoce.

Le escavazioni per altro non escludono l'intervento, a meno che non siano molto superficiali e non capitino nel raggio di qualche aderenza, poichè in tal caso sarebbe facile procurarne la rottura con versamento di materiale settico nel cavo pleurico e quindi produzione di empiema. Nelle escavazioni circondate da tessuto non ancora compromesso, il quale subisce per primo lo schiacciamento e quindi circoscrive il focolaio morboso, lo pneumo induce l'accollamento delle pareti, e così non solo provoca l'espulsione del loro contenuto specie quando vi siano infezioni miste, ma coopera notevolmente alla riparazione del tessuto col processo cicatriziale.

Infezioni miste possono anche aversi nelle forme ulcerose con manifestazioni tossibatteriemiche generali e facile tendenza alle emottisi dai focolai evolutivi locali, come si è descritto specialmente nelle ragazze; ed ecco un'altra buona indicazione per lo pneumotorace, il quale è pure consigliabile in quelle affezioni poco estese, ma restie alle cure ordinarie e decorrenti con piccole caverne a pareti piuttosto rigide, da cui spesso si originano emorragie ed elevazioni termiche febbrili. Ne consegue che anche piccoli focolai possono richiedere talvolta l'aiuto di uno pneumotorace, il quale rappresenta in genere la indicazione d'urgenza nell'emoftoe, a meno che questa non provenga dal lato opposto. Così dalle forme più schiettamente caseose od a grande predominio caseoso si passa gradatamente a quelle fibro-caseose molto più comuni, per cui si dice che lo pneumotorace artificiale è più largamente applicabile. È logico però che si giudichi dell'intervento caso per caso, tenendo conto della tendenza caseosa od emottoica, come in genere dell'attività evolutiva; mentre l'esito evidentemente sarà più facile quando meglio predominerà il tipo fibroso: il quale, a misura che arriva a dominare la scena, meno indicherà il trattamento pneumotoracico, poichè superfluo, come innanzi si è dimostrato.

Oltre alle più larghe applicazioni quando è leso fino ad un certo punto il polmone controlaterale (ed è opportuno rilevare che moderne statistiche suffragate dal controllo necroscopico, ad es. quella di Matson e Bisaillon, hanno riscontrato appena l'11 % di aggravamento in questo polmone come *causa mortis* dopo lo pneumo dal lato maggiormente compromesso), è senza dubbio degna di nota l'estensione dell'intervento alla pratica della medicina infantile. È un portato proprio degli ultimi anni, durante i quali si sono visti i buoni effetti del pneumo non solo nelle forme di tubercolosi analoghe a quelle degli adulti, ma anche in alcune forme proprie dei bambini come le splenopneumoniti e le congestioni più o meno persistenti, a cui Eliasberg e Neuland hanno dato il nome di *lesioni epitubercolari*.

Di fronte a tutto ciò una limitazione mi pare che sia venuta nel campo delle aderenze pleuriche, contro le quali si era una volta più corrivi a spingere la pressione endopleurica nell'intento di staccarle o distenderle, producendo non di rado spiacevoli conseguenze che rientrano nell'ambito degl'inconvenienti dello pneumotorace (embolismo gassoso, eclampsia pleurica ecc.). Non è che si neghi l'efficacia pleurolitica dello pneumotorace, che, metodicamente applicato, può distendere e distaccare un certo numero di aderenze quando non siano molto serrate, indurite e cordoniformi; tanto è vero che anche oggi si parla e si fa uso di pneumotoraci pluriloculati non solo allorchè conviene comprimere parti di polmone comprese fra aderenze, ma anche quando si spera che le aderenze possano cedere in tal modo. L'interessante è che non occorre spingere molto oltre la compressione per il pericolo di emorragie e lacerazioni polmonari, mentre può ricorrersi ad altri mezzi, fra cui la pleurolisi a torace chiuso od aperto.

* * *

L'argomento ci porta senz'altro a ricordare, per quanto in maniera molto sommaria, la escisione galvanocaustica delle aderenze pleuriche con l'aiuto della toracoscopia secondo il metodo di Jaco-

baeus, che data dal 1913 e che nei primi tentativi procedeva col solo sussidio della radioscopia. Se è vero che la cura pneumotoracica promette la guarigione quando l'immobilizzazione del viscere è completa, deve logicamente concludersi che, rimosse le aderenze e restituita la libertà al polmone, possa, almeno in via teoretica, realizzarsi quella condizione desiderata.

Dal punto di vista della medicina interna, l'operazione non può immaginarsi così semplice come apparisce in teoria, specie per le emorragie, le embolie gassose e gli empiemi che non di rado ne derivano; come pure non è a credere che si applichi ad ogni specie di aderenze, in quanto le aderenze in superficie non si prestano al taglio, nè vi si prestano in gran parte quelle che imbrigliano il lobo superiore, ove le lesioni tubercolari sono più comuni, sia perchè difficilmente raggiungibili sia perchè in vicinanza del plesso brachiale e dell'arteria succlavia. Le diaframmatiche sono in generale troppo estese; onde le meno difficili ad essere raggiunte sono quelle della porzione postero-laterale del cavo pleurico. Le ricerche anatomiche praticate dallo stesso Jacobaeus come da Unverzicht e da Gardner dimostrano che quella parte di esse che guarda il polmone contiene sempre del tessuto polmonare e dei vasi ristretti con pareti ispessite, mentre nel tratto che guarda la parete toracica non esiste tessuto polmonare e si vedono soltanto pochi vasi; nella zona mediana, finalmente, si è riscontrato un tessuto di fibre in forma di tessuto polmonare, ma senza l'epitelio caratteristico.

*
* *

Quando le aderenze sono localizzate alle parti inferiori del polmone, e precisamente fissano il polmone al diaframma, sorge la possibilità della frenicotomia, come si è indicato fin da principio di questa relazione, specialmente poi se le alterazioni tubercolari siano proprio localizzate ai lobi inferiori. L'intervento, che già dicemmo essere più giovane della toracoplastica, può in realtà ritenersi come la più recente fra le operazioni chirurgiche nella tubercolosi polmonare, in quanto la sua pratica non si è affermata che verso il 1922, quando cioè Goetze e Felix pubblicarono i risultati della loro estesa esperienza dopo 11 anni dalla primitiva indicazione di Stürtz. In Italia, oltre al Morone che ha finora la più larga statistica pubblicata, l'operazione è stata eseguita con successo da Castiglioni, Pellegrini e Pieri, Losio, Bottacin, Ricci e Milani, Curti, Galasso; ma ascolteremo tra breve i nuovi contributi a cominciare da quelli del mio Correlatore Leotta, che ha tanto lavorato in tutti i campi della chirurgia polmonare.

Notoriamente in virtù della frenicotomia, la metà corrispondente del diaframma s'innalza in maniera passiva nel cavo toracico e vi rimane in posizione espiratoria.

Posto che tutto conferisce alla buona applicazione e riuscita dell'operazione, i miglioramenti dell'infermo non tardano a presentarsi sia nei riguardi della temperatura e dell'espettorazione che della tosse, specie quella che dipende dalla distensione delle aderenze tra lobo inferiore e diaframma. Tanto l'espettorazione che la tosse sono più facili dopo la paralisi del diaframma, non ostante il minor giuoco di aria nel polmone, perchè appunto in virtù dell'atonia diaframmatica sono più liberi nella loro azione espiratoria i muscoli dell'addome. Sembra che non meriti molta importanza la dispnea conseguente all'operazione, specie se il polmone controlaterale è normale o quasi normale; nè si sono viste notevoli modificazioni respiratorie per la frenicotomia.

Nei riguardi delle applicazioni cliniche, gli autori son di comune parere che la frenicotomia non valga a sostituire alla stessa portata lo pneumotorace o la toracoplastica.

Circa l'associazione della frenicotomia col pneumotorace Zadek e Sonnenfeld consigliano di far precedere una frenicotomia ad ogni pneumotorace, Goetze di farla invece seguire. Altri autori però, come Unverzicht, Baer e Brunner nella stessa Germania, fanno delle giuste riserve, obiettando anche le critiche condizioni in cui ci si troverebbe se col tempo si dovesse operare uno pneumotorace dal lato opposto.

Anche per l'associazione della paralisi del diaframma alla toracoplastica non regna completo l'accordo. Alcuni la vorrebbero come una specie di prova funzionale prima di ogni toracoplastica per saggiare le condizioni del polmone controlaterale, su cui proprio non può essersi del tutto sicuri; altri invece come Schreiber e Law, la considerano superflua, Brauer e Spengler invece, ritenendola pericolosa in principio per eventuali movimenti paradossi, vi ricorrono, se mai, in seguito alla toracoplastica. Comunque, dopo la toracoplastica s'invocherà la frenicotomia quando si tratti di accentuare il collasso del polmone specie nei riguardi del lobo inferiore, dove possono risvegliarsi lesioni tubercolari con presenza di bacilli dopo diverso tempo dalla grande operazione, o quando sia il caso di rinforzare l'effetto della plastica nel migliorare un eventuale spostamento degli organi mediastinici.

*
* *

La toracoplastica, nelle sue svariate forme di tecnica (Friedrich, Wilms, Sauerbruch) trovasi in cima agli odierni sforzi del chirurgo; e noi dobbiamo seguire questi portati della scienza e dell'arte spogliandoci di ogni scetticismo ed avventatezza.

In cifra generale, secondo Saugman e Madinier, i tubercolotici suscettibili di una cura chirurgica rappresenterebbero il 4 all'8 %, secondo Jehn il 5 %; Alexander però crede che la cifra debba scendere al 3-5 % e rassodarsi intorno al 3 %, la qual proporzione va stimata assai notevole in rapporto alle molte centinaia di migliaia di tubercolotici in tutto il mondo. Per quanto concerne in ispecial

modo la toracoplasica, la statistica complessiva di Alexander dal 1918 al 1923, comprendendo un totale di 1024 operazioni desunte dalle pubblicazioni di tutti gli autori più in vista (Archibald, Brunner, Bull, Graveseh, Sauerbruch, ecc.), dà il 23 % di guarigioni complete, l'8,3 % di guarigioni cliniche, il 31,6 % di mortalità, di cui il 12,3 % in seguito all'operazione, il 19,3 % per aggravamenti tardivi. La sola Clinica del Sauerbruch fino al 30 aprile 1925 segnava 646 infermi operati di toracoplastica, dei quali il 24,6 % guariti, il 7,8 % migliorati, il 30 % morti dalle prime quattro settimane ad undici anni dopo l'operazione. Per Sauerbruch in circa 1/3 dei casi si avrebbe la guarigione ed in 1/3 un miglioramento; per Burkhardt, individualizzando bene gli operabili, si noterebbe la guarigione fino alla metà di essi; e bisogna subito aggiungere che le cose procedono meglio quando già le forme morbose tendono alla fase cirrotica.

Risulta chiaro che il numero degl'interventi eseguiti in tutto il mondo, non raggiungendo per adesso forse nemmeno la cifra di 2000, è ancora troppo scarso perchè possa concludersi con sicurezza intorno ad un procedimento di alta chirurgia, al cui consiglio siamo chiamati noi medici internisti. Si tratta ancora di brillanti tentativi, ai quali dobbiamo portare di animo libero la nostra vigile attenzione; tanto più che gli stessi chirurgi francamente confessano che, se la mortalità nelle prime 24 ore tocca appena l'1,5 %, essa cresce notevolmente nelle settimane successive per complicanze che si riferiscono all'intervento in maniera diretta o indiretta e dipendono in massima parte dalle condizioni generali degli individui.

Perciò è mestieri aver riguardo prima di tutto alla età dei pazienti, in quanto nelle persone anziane, oltre alle più facili decadenze della nutrizione e delle energie, specialmente da parte del cuore, sorgono anche delle controindicazioni per l'enfisema polmonare e per la rigidità delle costole, mentre nei giovanetti o le lesioni del polmone son di carattere fibroso, ed allora tendono a guarire senza intervento operatorio per la plasticità stessa della parete toracica, o sono di carattere ulcerativo o caseoso, ed in tal caso gli aggravamenti sono così rapidi da non permettere alcun tentativo. L'età più adatta, per conseguenza, è dai 15 ai 40 anni, se non proprio dai 20 ai 35, stando alle cifre della Clinica del Sauerbruch.

Nessuna differenza si è notata fra' due sessi. Una controindicazione generica deve ammettersi in quegl'individui che hanno dimostrato una debole resistenza alla malattia con continua diminuzione del peso corporeo non ostante la buona alimentazione ed igiene in genere, o che hanno un'anamnesi familiare molto compromessa dalla tubercolosi, come pure in quelli che presentano la suddetta costituzione linfatico-pastosa, con tendenza alla adiposità, cute succulenta e vizza, volto gialliccio, polso ipoteso, molle ed instabile: meglio resistono al trauma operatorio gl'individui magri ed asciutti.

È naturale immaginare come la febbre, la dispnea, la tachicardia, l'albuminuria siano condizioni sfavorevoli all'intervento; ma giova ripetere ancora una volta che è necessario scrupolosamente osservare se per avventura questi fenomeni dipendano da essenziali alterazioni organiche o non siano piuttosto l'espressione di un accumulo di secreti secondariamente infetti, di uno spostamento di organi, ecc., poichè nel secondo caso l'operazione potrebbe portare del vantaggio anche su di essi. Alla quantità dell'espettorato non si assegna molta importanza, come non se ne assegna alla tendenza alle emorragie, essendo l'uno e l'altro fatto in relazione principalmente con le caverne, contro le quali la toracoplastica è indicata. Baer ha detto che « la chirurgia del polmone dovrebbe chiamarsi la chirurgia delle caverne », le quali, se sono piccole, guariscono spontaneamente; ma se grandi, hanno bisogno del ravvicinamento delle pareti realizzabile dalla collassoterapia. Il loro processo di guarigione, che dipende molto dalla sede e dalla costituzione delle pareti, rientra nella stregua comune delle neoproduzioni connettivali col tessuto di granulazione proveniente dalle pareti stesse, mentre queste si provano per la loro elasticità allo schermo radioscopico invitando l'infermo a tossire fortemente.

Grande importanza meritano le emorragie occulte dall'intestino che vanno ricercate con le note reazioni; nè debbono trascurarsi le prove della funzionalità epatica e specialmente renale: molto minor valore invece, come già innanzi si è notato, deve attribuirsi alle ricerche ematologiche ed anche a quelle immunitarie per il giudizio prognostico dei soggetti.

Non s'insisterà mai abbastanza sull'integrità clinica del polmone controlaterale, nel cui concetto potrebbero entrare le lesioni quiescenti od arrestate specie all'apice, che per Sauerbruch, Stöcklin, Bull, Lorey, Dumarest, ecc. non si opporrebbero all'operazione. Si comprende come le lesioni di ordine sclerotico, obsolete, diano il maggiore affidamento; ed è interessante a questo proposito ricordare che proprio il chirurgo Sauerbruch stima, come è di fatto, più valevole l'antico esame fisico che non l'indagine radiologica per l'apprezzamento dell'attività o meno delle lesioni controlaterali. Fa mestieri un periodo di osservazione abbastanza lungo per valutare adeguatamente i fatti, sapendosi che i fenomeni umidi variano d'intensità da un momento all'altro, si modificano con gli stati atmosferici, scompariscono col riposo, ritornano in iscena col moto, come aumentano di regola prima del flusso mestruale. Sembra che le maggiori controindicazioni vengano dalle lesioni del lobo inferiore controlaterale: si è intanto calcolato da Brauer che dal 12 al 24 % delle morti malgrado la toracoplastica si hanno per un aggravamento di processo specie nel polmone opposto, del quale aggravamento sono varie le ragioni (attivazioni dei focolai per rapida auto-tubercolizzazione, per aspirazione di secreto bacillifero, per aumento di lavoro funzionale). E perciò, se deve concedersi che una gran parte della valutazione rimanga affidata all'intuito solo del medico, ne segue che nel giudizio è meglio rimanere, con prudenza, al di qua che

al di là di una presunta tolleranza. Condizione indispensabile è pure l'integrità funzionale della metà controlaterale del diaframma.

Una questione di cospicuo rilievo concerne l'apprezzamento del quantitativo di tessuto polmonare sano che viene ad essere perduto in virtù della operazione: quanto maggiore esso è, tanto più notevole e rapido risulterà il sovraccarico di funzione da parte dell'altro polmone, specie in quei casi in cui sono deficienti i compensi del sistema cardiovascolare e della eritropoiesi, mentre non facilmente interviene il compenso dell'enfisema vicariante che impiega del tempo a prodursi. Ne deriva subito una illazione che è quasi proporzione reciproca: in quei casi in cui una gran parte di polmone (i due terzi secondo l'internista Trembley) è compromessa da lesioni distruttive, anche se non vi siano aderenze che impediscano lo pneumotorace, questo cederà il posto alla toracoplastica, sempre che le condizioni generali e quelle locali dell'altro polmone permettano l'intervento. Da una parte le promesse della neoproduzione connettivale si son dimostrate maggiori con la toracoplastica per documento necroscopico (Sauerbruch); dall'altra vi sarebbe molto poco da attendere per un ripristino di funzione a guarigione finita. Tutto ciò collima col fatto ormai dimostrato che con la plastica il cavo toracico si riduce di 600 a 900 ccm., ossia poco meno di 1/3 del volume di ogni emitorace e più di 1/4 del volume totale.

Si è visto che la migliore toracoplastica dà luogo ad un collasso per 1/4 inferiore a quello prodotto da uno pneumotorace totale (Brauer), senza dire che essa si presta poco per le lesioni del lobo superiore e dispiega una azione più lenta del pneumo (Castiglioni).

Come in genere lo pneumotorace trova il massimo delle sue applicazioni dalle forme produttive alle essudative, così invece succede l'inverso per la toracoplastica, la quale trova la sua indicazione più classica nelle estese forme di tubercolosi produttiva a decorso eminentemente cronico e contemporanea presenza di caverne poco attive per sè stesse, ma incapaci a guarire per ragioni meccaniche, mentre i bacilli si diffondono liberamente all'esterno con l'espettorato.

In contrapposto alle forme fibro-ulcerative, la toracoplastica è sempre controindicata nelle forme essudative, caseose, bronco-pneumoniche, le quali spesso si accompagnano a febbre alta ed a gravi tossiemie: nè vale addurre a giustificazione che, tentato invano lo pneumotorace e forse anche la frenicotomia, trattasi ormai d'infermi condannati certamente all'esito letale.

Un'altra plastica precoce si è indicata in quelle forme ulcerative in cui le lesioni ulcerose e le caverne, uniche o molteplici, grandi o piccole che siano, si presentano molto superficiali e vicine alla pleura, e perciò molto facili a rompersi nella cavità con produzione di empiema, quando vengano schiacciate da uno pneumotorace, mentre si accompagnano spesso ad emorragie. Appare di conseguenza evidente che, se queste escavazioni superficiali si trovano coperte da aderenze pleuriche vi è una ragione di più per invocare una plastica, in quanto la compressione pneumotoracica, stirando le aderenze, favorirebbe la rottura delle caverne; come altre lacerazioni possono avvenire quando il tessuto fibroso che ha incapsulato le caverne stesse, viene a tendersi nell'espansione del polmone a terapia pneumotoracica ultimata. I chirurgi americani vanno forse molto al di là della giustificazione quando vogliono applicare la plastica nella tema che il medesimo tessuto fibroso riparatore possa agire, con lo stesso meccanismo della decompressione polmonare, nella produzione di focolai bronchiectasici.

Se intanto la lacerazione è avvenuta con formazione di una fistola pneumo- o bronco-pleurica (che può essere anche una fistola così detta « esterna » per puntura da pneumotorace) e con produzione consecutiva di empiema, o se un versamento pneumotoracico da benigno si è trasformato in empiematoso pel sopraggiungere di un'infezione mista, insorge allora un'altra possibilità di toracoplastica, la quale avrà un fondamento migliore quando vi sarà per lo meno un ispessimento della superficie polmonare con una pachipleurite, in mancanza di larghe aderenze dei foglietti pleurici fino all'*obliteratio pleurae*. Ma in tutti questi casi operare una plastica a pleura relativamente sana rappresenta una delle più difficili e pericolose imprese, alla quale non so se i nostri chirurgi di buona voglia si prestino. Noi, dal punto di vista della medicina interna, facciamo tutte le riserve.

Da ultimo non è possibile nasconderci le gravi difficoltà che talora s'incontrano nel giudizio favorevole o meno ad una toracoplastica, quando uno pneumotorace parziale, che ha dato già del miglioramento, non si dimostri più in grado di comprimere opportunamente il polmone, o quando sorga l'idea, magari nello stesso infermo, che una plastica darebbe risultati migliori. Da una parte mancano i dati per una prognostica precisa; dall'altra incalza il pensiero che, dovendosi intervenire, non si perda del tempo per la minaccia di uno scadimento delle condizioni generali o di un empiema o di un progresso delle lesioni anatomopatologiche con estensione anche al viscere controlaterale; e tutto finisce per rimettersi all'intuito del medico, al quale rimane sempre maestra l'esperienza e presta ottimo ausilio l'abitudine perspicace e lunga di vagliare in sintesi rigorosa i portati delle analisi.

PARTE CHIRURGICA.

Trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare.

Relatore: Prof. N. LEOTTA (Bari).

Nella cura della tubercolosi polmonare si può utilmente contare su 3 mezzi di collassoterapia: il pneumotorace artificiale, la frenico-exeresi e la toraco-plastica, che agiscono favorendo quella reazione istiogena che sta a base della guarigione spontanea dei focolai polmonari. Naturalmente essi non escludono alcuno di tutti gli altri mezzi

di cura delle tubercolosi, climatica medicamentosa, immuno-terapica.

La collasso-terapia tende a neutralizzare le gravi conseguenze dovute alla peculiare struttura e funzione del polmone, ossia ha per iscopo la messa a riposo e la immobilizzazione assoluta delle zone malate. Al collasso conseguono alcuni fenomeni. Sono:

1) L'immobilizzazione del polmone, determinando l'arresto dell'invasione tubecolare e favorendo la riparazione connettivale che porta alla guarigione anatomica.

2) Abolisce la funzione respiratoria, il che porta: *a*) la soppressione del fenomeno dell'aspirazione di prodotti patologici del focolaio che preserva le porzioni ancora sane dello stesso e dell'altro polmone; *b*) la soppressione della corrente d'aria nelle relative vie aree e quindi evita il continuo arrivo di germi e il perpetuarsi delle infezioni secondarie che sono la causa principale della febbre etica; *c*) evita il contatto dei tessuti malati con l'ossigeno creando secondo Spöth condizioni di vita sfavorevoli al germe specifico.

3) Modifica la circolazione sanguigna. Riduce la circolazione venosa con i seguenti vantaggi: sopprime le emottisi e favorisce il processo di sclerosi.

4) Modifica la circolazione linfatica, e perciò arreca un triplice vantaggio: *a*) contribuisce all'arresto della invasione tubercolare che predilige appunto questa via di diffusione; *b*) riduce e abolisce il riassorbimento delle tossine ciò che determina a sua volta una maggiore produzione di antitossine e una più intensa reazione connettivale con la scomparsa di tutti i sintomi di intossicazione specifica.

5) Ravvicina le pareti delle cavità patologiche.

Esistono delle indicazioni e controindicazioni generiche alla collassoterapia. *Considerando la forma anatomo-clinica della lesione polmonare la collasso-terapia* trova indicazioni: 1) nelle forme a tendenza caseosa; 2) nelle f. ulcerose e cavitarie; 3) nelle forme emoptoiche; 4) nelle forme fibrose ad andamento progressivo.

La collasso-terapia è invece controindicata: 1) nelle forme benigne abortive e nelle forme saprofitiche ad evoluzione lentissima; 2) nelle forme diffuse; 3) nelle forme fibrose estese e bilaterali.

Considerando la uni- o bilateralità delle lesioni polmonari.

Non si può più sostenere oggi il criterio della indispensabilità della unilateralità delle lesioni per la cura della collasso-terapia poichè sono oltremodo rari per non dire eccezionalissimi i casi di tbc. polmonare veramente unilaterali. Quindi i criteri per assoggettare un individuo alla collasso-terapia sono i seguenti: 1) quando veramente la tbc. è unilaterale la c.-t. è oramai indicata e costantemente. Ciò è pacifico; 2) per le forme bilaterali vale l'aureo concetto del Forlanini: « Bisogna sopprimere la lesione che minaccia la vita, senza voler tutto risolvere ». Quando le lesioni sono iniziali e di lieve grado nel polmone superstite si manifesta un innegabile miglioramento le cui origini sono varie e complesse. Purtroppo vi sono dei casi che rispondono alla c.-t. con un peggioramento. In ogni modo bisogna regolarsi con i dati clinici più che con gli altri. Nelle forme egualmente gravi bilateralmente esistono anche delle risorse capaci di far apprezzare i vantaggi della collasso-terapia.

A seconda lo stato della funzione cardiaca e respiratoria la c.-t. è controindicata quando sono esistite delle lesioni capaci di aver minorate le condizioni anatomiche e funzionali del cuore. Lo stesso si può ripetere per il polmone. Bisogna evitare in altri termini la anòxiemia tardiva di origine cardiaca e quella di origine polmonare. Per prevenirle sarebbe utilissimo conoscere il valore funzionale dei due polmoni isolatamente, ma questo oggi non è ancora possibile. Esistono dei mezzi per conoscere quello globale mediante lo studio degli scambi gassosi e del metabolismo basale. Queste ricerche hanno dimostrato di avere un valore pratico grande.

L'età non rappresenta controindicazione: il contrario si dica del cattivo stato generale ma non della gravidanza.

Complicazioni extrapolmonari sono: l'empiema tubercolare, la pleurite sierofibrinosa, la perforazione spontanea del polmone con pneumotorace e spontaneo. Queste rappresentano più indicazioni che controindicazioni. Non rappresenta controindicazioni la laringite mentre il contrario si deve dire delle enteriti.

I processi di collasso-terapia sono:

a) collasso-terapia intrapleurica:

pneumotorace: unilaterale; bilaterale;

pneumotorace con sezione delle aderenze: a cielo coperto (secondo Jacobaeus); a cielo scoperto (secondo Leotta);

b) collasso-terapia extrapleurica:

pleuro-pneumolisi (apicolisi);

frenico-exeresi: unilaterale; bilaterale;

toracoplastica extrapleurica;

totale;

parziale: T. superiore; T. inferiore;

c) collasso-terapia associata:

monolaterale: pneumotorace e frenico-exeresi; frenico-exeresi e toracoplastica; pneumotorace e toracoplastica; pneumotorace frenico-exeresi e toracoplastica;

bilaterale: frenico-exeresi e pneumotorace.

Collasso-terapia intrapleurica.

A) Il pneumotorace artificiale realizza il tipo più perfetto di tale terapia, superiore a tutti gli altri per gli effetti terapeutici che raggiunge.

Esso gode di tutte le indicazioni e controindicazioni comuni agli altri metodi, ma ne possiede ancora delle speciali.

Il pt. è dunque indicato assai spesso nelle forme bilaterali nelle emottisi, siano gravi che piccole (nelle forme gravi il pt. deve essere totale (1000-2000 cc.) con ossigeno) nel pneumotorace spontaneo.

Controindicazioni speciali sono: la sinfisi pleurica totale o quasi totale, ma non le aderenze

localizzate anche se estese, non le sinfisi pleuriche parziali anche se estese (apice). Controindicato è ancora il pt. nelle lesioni tubercolari alla base, la perforazione del polmone con fistolizzazione interna o esterna.

Tra gli incidenti operatori del pt. sono da annoverarsi: *a*) l'embolia gassosa, imputabile alla penetrazione dell'ago nel parenchima polmonare e quindi in un vaso, oppure al distacco di aderenze vascolarizzate. Nel primo caso è facilmente evitabile, nel secondo assai meno, ma sono incidenti relativamente rari; *b*) l'eclampsia pleurica, la cui interpretazione è veramente oscura da alcuni riportata ad una vera e propria eclampsia.

B) *Complicazioni del Pt.* *a*) Alcune come sintomi di intolleranza, che si manifestano con peggioramento dello stato generale, con i segni dell'insufficienza respiratoria e cardiaca, col peggioramento delle lesioni preesistenti nell'altro polmone sono evitabili con una scelta opportuna dei casi. Frequenti sono i disturbi digestivi, da compressioni o da fenomeni riflessi del vago. Non sono gravi.

b) Un'altra complicazione è rappresentata dall'ernia del mediastino; e dalle pleuriti pneumotoraciche, assai frequenti, legate in molti casi proprio al pt. e non legate ai germi comuni, e di origine di solito cocchiane. Si suddividono in pleuriti traumatiche; sono benigne, torpide, silenziose, idiopatiche, reattive e pl. settiche, spesso oltre che da sepsi son causate dalla perforazione polmonare. Esse evolvono col quadro dell'empiema acuto banale. Sono in genere gravi, curabili qualche volta con i lavaggi pleurici.

Esistono poi le pleuriti tubercolari in corso di pneumotorace terapeutico da distinguersi in due gruppi ben differenziabili clinicamente. Un primo gruppo è assai frequente ed è dato dalle comuni pleuriti tubercolari reattive; un altro meno numeroso è costituito dalle pleuriti con infezione tubercolare della pleura, con grandissimi versamenti, febbre elevata continua o intermittente.

In questo caso giovano l'elioterapia e le applicazioni dei raggi ultravioletti.

c) La perforazione polmonare e il vuotamento di una caverna nella pleura, la più grave delle complicazioni è legata o allo strappamento esercitato su una briglia pleurica o all'ulcerazione spontanea di un focolaio superficiale. Come trattamento in un primo periodo è consigliabile il semplice svuotamento del liquido con o senza aggiunta di lavaggi pleurici; più tardi del punto di vista chirurgico è consigliabile l'astensionismo.

Quando permane la fistolizzazione interna ampia si può ricorrere alla toracoplastica, tenendone bene presente — in questi casi — l'estrema gravità.

Risultati del pneumotorace: Immediati. Nei casi bene scelti, sono splendidi. Si tratta è vero di guarigioni sintomatiche, ma più tardi passano in quella clinica.

Risultati definitivi. Tale denominazione è subordinata a parecchie condizioni, specie anatomiche che bene si intendono, ma in definitiva il pt. dà delle guarigioni definitive che ascendono al 50 %.

Sezione delle aderenze nella cura pneumotoracica. — Siccome il pneumotorace viene impedito o limitato o impedito dalla presenza di aderenze, è sorta l'idea di intervenire su di esse. La radioscopia non permette una loro esatta valutazione:

a) Da questa considerazione, l'idea del toracoscopio di Jacobaeus (sezione delle aderenze a cielo coperto), il quale è simile ad un cistoscopio con il quale si individualizzano le aderenze e se ne permette la sezione con un cauterio. Ambedue gli strumenti sono introdotti nel cavo pleurico da due piccole incisioni e sono manovrati dall'esterno. È un processo vantaggioso. Esistono anche degli inconvenienti. Oltre il difficile maneggiamento è facile provocare delle emorragie, l'embolia gassosa, la pleurite. Non e applicabile sempre specie nelle aderenze basali.

b) *Sezione delle aderenze a cielo aperto* (*processo di Leotta*). — A questo si giunge con una ampia incisione toracica eseguita in uno spazio intercostale e distacco manuale di tutte le aderenze, in anestesia generale cloroformica. Dopo si chiude ermeticamente la ferita sì da permettere dopo qualche giorno il pt. C'è da notare solo una maggior frequenza nelle pleuriti post-operatorie.

La pleurite non è determinata dall'intervento, ma è solo resa più facile dal rapido collasso che l'intervento determina.

I risultati immediati dopo la sezione delle aderenze a cielo coperto sono favorevoli nel 50 per 100 dei casi. I resultati lontani sono favorevoli nel 45 per cento. Per la sezione a cielo aperto i resultati recenti di cui oggi si possono dare le cifre sono favorevoli nel 62 per cento.

c) Il pneumotorace bilaterale alternato e simultaneo. Sono solo casi eccezionali che si possono sottoporre a tale terapia la quale però nei casi bene scelti può rendere grandi servigi.

Collassoterapia extra-pleurica. — A questo gruppo appartengono tre tipi d'intervento: pleuropneumolisi, la paralisi diaframmatica da frenicoexeresi, e le toracectomie o toracoplastiche extrapleuriche.

a) *Pleuropneumolisi* (*apicolisi*). — Consiste nello scollamento della pleura parietale della parete costale a livello dell'apice polmonare e nel riempimento del cavo residuo con un corpo estraneo (auto-omo-trapianto di grasso oppure cera o simili).

Questa tecnica è oggi abbandonata per gli svantaggi che le si accompagnano.

b) *Frenico-exeresi.* — Fu proposto di ottenere il collasso del lobo inferiore del polmone paralizzando la relativa metà del diaframma con l'interruzione del frenico.

Non ci si deve limitare alla semplice nevrotomia, ma bisogna praticare una exeresi del nervo. L'esecuzione di tale intervento viene ostacolata dalle grandi varietà nel decorso dei rami accessori del nervo frenico, che esistono sempre ed hanno grande importanza nell'innervazione del muscolo e che spiegano come alcune exeresi anche larghe del nervo possano non dare la dovuta paralisi com-

pleta e permanente del relativo emidiaframma. A questo inconveniente si ripara quasi costantemente collo strappamento lento del moncone periferico, il quale garantisce l'interruzione delle anastomosi e specie con quella del frenico accessorio.

Essa è un'operazione semplice e ben tollerata senza incidenti tecnici seri nè complicazioni gravi, raggiungendo lo scopo prefisso quasi sempre. Questo si manifesta con l'innalzamento del diaframma e con la sua immobilità. A lungo andare si stabilisce anche una riduzione dell'emitorace: in alcuni casi si nota un movimento paradosso del diaframma paralitico d'indole meccanica, movimento inverso a quello normale ed in connessione con i movimenti della parete toracica.

Una conseguenza diretta della paralisi diaframmatica è la compressione del polmone, che vi esercitano i visceri addominali attraverso il diaframma. La riduzione funzionale consecutiva a tale intervento è minima.

c) Indicazioni e controindicazioni alla frenicoexeresi. Ne distinguiamo sei gruppi:

1) lesioni ulcero-fibrose a tipo sclerotico localizzate alla base del polmone;

2) lesioni basali con sinfisi diaframmatiche;

3) lesioni nelle quali la frenico-exeresi si associa alla toraco-plastica;

4) lesioni a tipo fibroso cicatriziale non esattamente localizzate alla base, non molto estese a decorso cronico ad evoluzione favorevole;

5) lesioni nelle quali non sono possibili il pneumotorace e la toraco-plastica;

6) emottisi.

Nelle lesioni bilaterali la frenico-exeresi si potrà eseguire da un lato tutte le volte che esiste in questo polmone una delle indicazioni tracciate e manchi una insufficienza respiratoria vera.

Controindicazioni: sono le aderenze tra nervo e il tessuto circostante; la complicazione dell'empiema pleurico al processo tubercolare del polmone. Oltre queste controindicazioni d'indole tecnica se ne hanno altre nelle seguenti circostanze: 1) nelle lesioni ulcero-caseose a tipo distruttivo, specie se delle porzioni superiori del polmone; 2) nelle lesioni ampiamente cavitarie; 3) in tutte le forme bilaterali molto estese con grave riduzione della funzione respiratoria.

d) I risultati della frenico-exeresi: *a*) risultati immediati: sono assai incostanti e diversi qualche volta eccellenti qualche altra nulli. L'origine di tale discordanza va ricercata verosimilmente in una scelta inadatta dei casi e in errori di tecnica; *b*) risultati definitivi: in genere non corrispondono ai risultati immediati, non danno mai guarigione, cosicchè la frenico-exeresi rappresenta un palliativo oppure deve essere associata ad altri interventi.

e) La frenico-exeresi bilaterale va riservata in alcune forme di tubercolosi bilaterali gravi nelle quali altro trattamento è impossibile. I due interventi vanno distanziati di qualche settimana uno dall'altro.

Toracoplastiche (toracoresezioni) extrapleuriche. — *a*) Qualunque sia l'estensione della toracectomia il meccanismo è sempre identico salvo le differenze di grado: la toracoplastica rimove l'ostacolo alla retrazione fibrosa cicatriziale, tuttavia il collasso toracoplastico è inferiore a quello pneumotoracico. Secondo Brauer la migliore plastica toracica non può rendere che 3/4 di ciò che rende un pneumotorace totale, perchè la compressione sul polmone è limitata a quel tanto che dà la pressione atmosferica sulla parete non più rigida.

b) *Vari processi di toracoplastica.* — Tre sono i tipi principali: 1) processo di Brauer-Friedrich o resezione unilaterale delle costole; 2) processo di Wilms o resezione a colonna anteriore e posteriore; 3) processo di Sauerbruch o resezione paravertebrale.

La riduzione della capacità toracica è massima con il primo dei processi, minima con l'ultimo. Tuttavia il processo di Sauerbruch essendo molto meno grave e facilmente adattabile a qualunque toracoplastica, è preferito alle altre, sia pure leggermente modificato, nel senso di una maggiore estensione delle resezioni costali.

Nella toracoplastica totale paravertebrale di Sauerbruch è da ritenersi utile la frenico-exeresi preliminare istituita solo allo scopo di migliorare le condizioni dell'individuo.

Occorre resecare tutte le costole soprattutto la prima, tranne la 12ª. Occorre ridurre al minimo la lunghezza del moncone posteriore e fare una resezione più ampia possibile delle coste, procedendo dal basso in alto. Occorre una sutura accuratissima dei muscoli; è preferibile l'anestesia generale. Leotta è favorevole all'operazione in due tempi distanziati di un paio di settimane, onde evitare di trovarsi di fronte alla rigenerazione ossea che riduce gli effetti del collasso. Occorre essere assai rapidi: è necessaria una buona fasciatura compressiva.

Tra gli incidenti e le complicazioni operatorie, sono da evitarsi l'apertura della pleura: lo schok, che può essere evitato con l'anestesia generale. Gli incidenti più impressionanti sono quelli dovuti al collasso polmonare legati allo squilibrio intratoracico e che avvertono come bisogna affrettarsi a terminare l'operazione.

c) Indicazioni e controindicazioni alla toracoplastica totale. Essa richiede anzitutto la unilateralità delle lesioni ed è indicata: 1) nelle lesioni clinicamente unilaterali con sinfisi pleuriche estese nelle quali il pneumotorace è irrealizzabile; 2) nelle lesioni unilaterali con aderenze estese che non permettono se non un pneumotorace incompleto; 3) nelle lesioni prevalentemente estese alla base; 4) nei casi di perforazione esterna o interna del polmone.

Le emottisi non costituiscono una indicazione alla toraco-plastica. In conclusione la toraco-plastica deve restare un preziosissimo metodo di supplenza al pneumotorace non realizzabile.

Controindicazioni: sono tutte quelle indicate per la collasso-terapia in genere e specie la bila-

teralità della lesione ed il carattere acuto e la forma evolutiva delle lesioni.

Le toraco-plastiche parziali sono tecnicamente più semplici e meglio tollerate della totale, possono rappresentare delle eccellenti risorse, per chi sappia sfruttarle e vengono utilmente associate alla frenico-exeresi.

Risultati immediati: la toraco-plastica totale ha una indiscussa superiorità sulle parziali, ma è un'operazione assai grave. I primi giorni si accompagnano a fenomeni altamente impressionanti: dispnea intensa, cianosi marcata, polso piccolo (140) con aritmia, con temperature altissime (39°-40°). Sono fenomeni dovuti allo squilibrio funzionale del cuore e dell'altro polmone e sono particolarmente evidenti quando l'intervento è eseguito a sinistra. Nei casi gravi questi fenomeni si accentuano e la morte sopravviene nelle prime 24 ore o più tardi.

L'esito infausto può essere dato da una tubercolosi miliarica oppure da una polmonite acuta del polmone controlaterale; nei casi buoni i fenomeni scompaiono presto per dar luogo alla guarigione. In definitiva i risultati lontani subiscono grandissime oscillazioni; nelle varie statistiche la guarigione clinica presenta una percentuale che va dal 35 al 50 % dei casi trattati oltre una percentuale del 15-20 % di notevoli miglioramenti in infermi non curabili altrimenti.

Le forme associate di collasso polmonare. — Delle varie forme associate di collasso polmonare e riportate più sopra la frenico-exeresi con la toraco-plastica è quella che dà risultati migliori.

Seduta pomeridiana.

Presidenza: DONATI (Padova).

PARTE RADIOLOGICA.

Relatore: V. MARAGLIANO (Genova).

La cura chirurgica della tubercolosi comprende, come è ben noto:

1) La toraco-plastica;
2) La frenicotomia;
3) La resezione endopleurica delle briglie e delle aderenze pleuriche.

Mentre per il pneumotorace terapeutico la radiologia viene in campo: *a*) per dare le indicazioni dell'intervento; *b*) per stabilire la possibilità tecnica del pneumotorace; *c*) per seguire la formazione e il successivo decorso del pneumotorace stesso e le eventuali complicanze; *d*) per constatare gli esiti prossimi e lontani nei pneumotoraci, invece per quanto riguarda la toracoplastica e la frenicotomia la radiologia viene in campo quasi unicamente per stabilire le indicazioni di questi due interventi; essa resta in seconda linea per il giudizio dei risultati prossimi e lontani.

1) *Toracoplastica e frenicotomia.* — Per quanto riguarda la toracoplastica è canone accettato da tutti coloro che si sono occupati di tale intervento curativo della tubercolosi polmonare che essa si deve eseguire nella maggior parte dei casi, quando per ragioni speciali non si possa effettuare il pneumotorace terapeutico. È inoltre ammesso quasi generalmente che la toracoplastica abbia le stesse indicazioni e controindicazioni del pneumotorace terapeutico, naturalmente prendendo in considerazione anche quei fattori che possono influenzare la opportunità o no di un intervento chirurgico abbastanza grave.

Oltre a ciò si insiste sopra il fatto che le indicazioni per la toracoplastica e per la frenicotomia debbono essere vagliate colla massima accuratezza e precisione perchè, mentre il pneumotorace è un intervento assai meno aggressivo per l'infermo e che può essere facilmente sospeso o annullato, invece l'intervento toracoplastico rappresenta una operazione di una entità rilevante e che, naturalmente, una volta eseguita, è inespiabile.

Da ciò ne segue che le richieste che si fanno alla Radiologia saranno presso a poco uguali a quelle che si rivolgono per il pneumotorace terapeutico, ma assai più precise e di una responsabilità infinitamente maggiore per il radiologo.

I quesiti che vengono posti al radiologo sono:

1) *Esistono lesioni nel polmone controlaterale?*
2) *Quale ne è l'estensione e la sede?*
3) *Di che qualità esse sono?*

Ai due primi quesiti il radiologo può rispondere con una insufficiente precisione.

Per quanto riguarda il terzo quesito si deve riconoscere che ancora adesso, malgrado gli enormi progressi dati dallo studio anatomo-patologico e radiologico della tubercolosi polmonare, non può la radiologia dare sempre una risposta precisa al quesito proposto. Tutti gli sforzi fatti specialmente da anatomopatologi che si sono valsi della radiologia per vedere di stabilire una esatta correlazione tra il quadro radiologico e il quadro anatomo-patologico, non sono finora riusciti adeguatamente allo scopo di distinguere sempre in un modo preciso una lesione attiva da una spenta. Non è possibile cioè accettare, finora, le proposizioni del Graäff e Kupferle che vogliono stabilire radiologicamente una differenziazione tra lesioni produttive e lesioni essudative.

Resta sempre molto, ma molto aleatoria la possibilità di una esatta discriminazione radiologica di detti capitali elementi anatomo-patologici: produttivi o essudativi.

Quindi il radiologo dovrà essere sempre molto prudente nel giudizio delle qualità, delle lesioni osservate, e, pure non rifuggendo dalle responsabilità, dovrà asserire in un modo sicuro solamente ciò di cui gli elementi radiologici gli possono dare una certezza di grande probabilità.

Ora, gli elementi radiologici che possono inspirare una certa fiducia al radiologo sono tutte quelle lesioni che possono riferirsi a calcificazione ed in parte quelle riferibili a sclerosi.

Per quanto riguarda invece le lesioni clinicamente gravi e tali da escludere l'intervento quando si ritrovano nel polmone controlaterale dobbiamo considerare quali elementi radiologici sicuri sopratutto le caverne. Non sempre una pic-

cola caverna avrà significato patologico grave e qualche volta anche fatti cavitari più grandi possono essere discussi perchè riferibili ad altre lesioni non cavernose quali pseudocavità, pneumotoraci circoscritti spontanei, isole di enfisema, ecc.

L'estensione delle lesioni è radiologicamente l'elemento più sicuro e più convincente che la radiologia può offrire al clinico medico ed al chirurgo, ma bisogna anche tener conto del fatto che quando vi sono lesioni da un lato di una tale importanza da richiedere la toracoplastica, il polmone opposto si presenta sempre più o meno colpito e l'indagine radiologica rivela assai di più di quanto rivela la indagine clinica.

Perciò non è possibile dare delle norme matematiche, precise, assolute, per quanto riguarda l'estensione delle lesioni; ma sarà invece necessario di discriminare la situazione caso per caso.

Una raccomandazione che io debbo fare è la seguente: è opportuno che non ci si contenti di un solo esame radiologico ma se ne facciano diversi in modo da possedere anche l'ausilio, utilissimo, del decorso radiologico.

Sopra un altro punto la radiologia può essere chiamata a dare un giudizio, e cioè sulle condizioni del mediastino. È nota la importanza che può avere la nozione di un mediastino più rigido e meno spostabile per favorire la toracoplastica. Un mediastino poco mobile facilita tale intervento chirurgico rendendo meno spiccata la depressione del mediastino nella inspirazione e la sua escursione nella espirazione. Tale conoscenza può essere conquistata in un modo preciso solamente colla radiologia.

Un problema importantissimo per stabilire la indicazione di una toracoplastica è il vedere se un pneumotorace terapeutico è ancora, o no, possibile.

Ecco che il radiologo viene messo anche in questo còmpito a dura prova.

Nella massima parte dei casi il radiologo assiste alla sorpresa che pneumotoraci da lui dichiarati possibili, tecnicamente si rivelano poi, all'atto pratico, ineseguibili, e ciò perchè aderenze anche estese parietali e diaframmatiche non sono visibili nel quadro radiologico.

Ma capita invece anche il fatto opposto — e, su questo sono più d'accordo, nell'errore, e clinico e radiologico — che pneumotoraci giudicati impossibili, perchè vi erano i segni di una estesa aderenza di sclerosi pneumopolmonare con retrazioni cospicue della trachea e del mediastino e anche dello spazio intercostale, possono essere invece o parzialmente o totalmente istituiti.

Sarà buona norma accettare la proposta avanzata da molti tisiologi e cioè che, prima di tentare una toracoplastica sia bene non contentarci anche del più preciso esame clinico e radiologico, ma mettere la pleura alla prova dei fatti e saggiare più volte se sia possibile o non la istituzione di un pneumotorace con ripetute punture.

L'indagine radiologica entra in campo, poi, per quanto riguarda la toracoplastica anche per indagare le condizioni del cuore, dei grossi vasi, per lo studio dell'apparato digerente e ciò allo scopo di vedere anzitutto se vi siano a carico del cuore o dei grossi vasi dei segni radiologici di insufficienza miocardica o di vizi valvolari o se eventualmente vi siano localizzazioni tubercolari nell'apparato digerente. Così pure potrà essere invocato l'aiuto radiologico per un più preciso esame dell'apparato uropoietico.

Frenicotomia. — Per quanto riguarda la frenicotomia vale presso a poco ciò che si disse già per la toracoplastica.

Per questo intervento ha grande importanza il grande valore che compete alla indagine radiologica nella localizzazione delle lesioni polmonari, cosa sulla quale essa dà sicuro affidamento. È noto che la frenicotomia è specialmente indicata quando si tratta di agire sopra lesioni basali, mentre ha meno importanza quando siano apicali. Ora, le lesioni basali e specialmente, le caverne basali sfuggono assai facilmente alla indagine clinica e solamente sono messe in evidenza coll'esame radiologico.

La radiologia poi entra in campo per giudicare degli esiti della toracoplastica e della frenicotomia.

Per la toracoplastica l'indagine radiologica ha una grande importanza per lo studio del decorso degli esiti prossimi e lontani, ma effettivamente non può avere un interesse pratico, diretto per l'infermo, perchè non è possibile di modificare l'intervento eseguito se la indagine radiologica si limita o a constatare i buoni risultati o a suggellare una prognosi infausta malgrado l'operazione eseguita.

Nei risultati ottenuti dalle toracoplastiche può concorrere anche un altro fattore oltre quello puro e semplice della retrazione toracica, cioè la neoproduzione di cospicui ispessimenti pleurici i quali concorrono validamente a ridurre il cavo pleurico stesso.

Per quanto riguarda la frenicotomia, invece, la indagine radiologica può avere nel giudizio degli esiti, una importanza pratica diretta per l'infermo in quanto che permette di constatare se la operazione ha raggiunto il suo scopo e se cioè il diaframma si è innalzato.

Oltre a ciò, la indagine radiologica può avere nella frenicotomia valore, inquantochè permette di seguire l'eventuale evoluzione del processo patologico, in questo caso le constatazioni radiologiche possono avere un interesse pratico e immediato, perchè possono dare eventualmente la indicazione della aggiunta di un pneumotorace terapeutico alla già eseguita frenicotomia.

2) *Resezione delle aderenze e delle briglie endopleuriche.* — Per quanto riguarda tale intervento la indagine radiologica sarà utilissima prima di tutto per constatare, nei pneumotoraci la sede, la estensione, la ubicazione, e la importanza delle aderenze; e la grandezza, la forma e il numero delle bolle di gas, specialmente se la indagine sarà fatta in diverse proiezioni.

Sarà opportuna, in questo caso, anche la radiografia stereoscopica, però non bisogna riporre una

soverchia sicurezza in tale metodo, perchè se è utilissimo presenta per lo contrario delle cause di errore non indifferenti, potendo trarre in inganno il radiologo sopra la vera ubicazione delle lesioni, ispessimenti e bolle gassose per effetto di pseudoscopie e trasposizioni di immagini.

La indagine radiologica, poi, a intervento fatto, potrà avere una grande importanza per stabilire se la resezione delle aderenze o delle briglie ottenne realmente lo scopo prestabilito e per giudicare se sia necessario un secondo intervento.

Discussione sulle Relazioni

CARPI U. (Milano). — Osserva come le indicazioni generali dell'intervento siano costituite dalle basi del metodo Forlanini. Infatti ciò che deve ottenersi è l'immobilizzazione del polmone; ed a questo pure mira la frenicotonia attraverso la immobilizzazione del diaframma. Nella applicazione della collassoterapia è di grande importanza stabilire il tipo della lesione. E quando si afferma che il pneumotorace deve essere applicato nelle forme iniziali, si devono intendere come tali quelle evolutive, caseose che non possono guarire con i comuni metodi. Circa l'indicazione dei vari interventi ciò è suggerito da caso a caso. Riguardo le emottisi che non cedono col pneumotorace o che con esso si aggravano, ciò è dovuto alla presenza di aderenze o di fatti fibrosi che ostacolano la compressione del focolaio morboso, nel quale invece viene a stabilirsi una iperemia. In questi casi veramente la frenicotonia può venire ad arrestare l'emottisi. L'O. passa quindi in rassegna il problema delle pleuriti nel pneumotorace distinguendo quelle tossiche, dagli empiemi tubercolari, e dagli empiemi settici.

Ritiene che l'embolia sia meno frequente di quanto si vuole affermare, e che invece meno rari siano i fenomeni a tipo eclampsico o a tipo vagale.

MORELLI E. (Pavia). — Si sofferma sulla questione della applicazione del pneumotorace nelle forme iniziali. Se teoricamente il pneumotorace può fare guarire tutti, occorre però tenerne presenti le complicazioni e i danni e non applicare il pneumotorace dove la guarigione può essere ottenuta con altri metodi.

Richiama l'attenzione sulla importanza della lesione controlaterale e rileva come non si debba avere cieca fiducia dei risultati dell'esame radioscopico. Conviene che nelle lesioni bilaterali possa essere fatto il pneumotorace ma quando esistono sproporzioni notevoli fra un lato e l'altro. È pienamente d'accordo con Carpi sulle osservazioni fatte riguardo alle emottisi, ma accennando alle difficoltà talora notevoli per stabilire donde venga l'emottisi, osserva come occorra essere prudenti nella decisione dell'intervento da seguire. È pure d'accordo con Carpi per quanto concerne le embolie e la frequenza di riflessi pleurici gravi. Nei riguardi della frenicotomia rileva come si possano avere risultati mirabili, e ciò si raggiunge quando l'aggravamento della lesione polmonare è dovuta a sinfisi pleurica. Così pure, quando spiccata è la tendenza alla retrazione, si hanno risultati favorevoli anche colla toracoplastica. A proposito del metodo di Jacobaeus afferma di avere più volte ottenuto la rottura di aderenze lineari aumentando lentamente la pressione pneumotoracica. Nel caso di aderenze estese il metodo di Jacobaeus non è applicabile; l'aumento della pressione pneumotoracica non porta alcun effetto, ed allora ben può applicarsi il metodo del Leotta, del taglio a cielo scoperto.

ETTORRE T. (Milano). — Tratta della scoliosi consecutiva alla toracoplastica. Le scoliosi dapprima, con metodi più demolitori, convesse e gravi, sono oggi assai meno accentuate e concave.

La deformità riconosceva per il passato la sua origine nel lungo moncone vertebrale che fungeva da braccio di leva su cui agivano i tessuti cicatriziali. Oggi invece essendo la forza di tali elementi assai diminuita, si ottiene, in definitiva, con essi la neutralizzazione della contrattura delle parti sane. Questa però finisce col prevalere, a meno che una ginnastica precoce, prudente ed intelligente non combatta con efficacia tale deformità.

REDAELLI M. (Garbagnate). — Riporta sinteticamente i risultati da lui ottenuti sia con l'operazione di Jacobaeus, che colla frenicotomia e con la toracoplastica totale e parziale. Ha eseguito in 31 casi l'operazione di Jacobaeus e su questi ha notato 9 versamenti riassorbitisi più o meno lentamente ed un'empiema. In un solo caso il versamento era siero emorragico, in un altro avvenne un pneumotorace spontaneo con empiema. L'O. pensa che tale complicazione sia stata determinata dalla caduta dell'escara della causticazione del moncone viscerale dell'aderenza.

L'O. passa successivamente alla frenico-exeresi. Ha così trattati 37 casi, fra i quali interessante per l'ottimo risultato ottenuto, uno concernente un caso di caverna apicale con sinfisi pleurica ed emottisi a ripetizioni frequenti e gravi. Egli si dichiara favorevole al metodo dal quale possono trarre vantaggio i casi con tendenza alla sclerosi, con lesioni cavitarie o infiltrative della base, e anche quelli di lesioni cavitarie apicali con emottisi gravi e frequenti. Possono pure essere con la frenico-exeresi trattati utilmente i casi di empiema, di ascesso polmonare, di bronchiectasie.

Nei riguardi della toracoplastica totale alla Sauerbruck egli ha operato 10 casi dei quali uno morì per shock e 2 per polmonite *ad ingestis*. Fra gli altri 7: 5 hanno potuto riprendere il lavoro, e 2 sono molto migliorati. Dopo avere passato in rassegna le indicazioni e controindicazioni, dichiara di essere favorevole alla resezione costo-periostea, alla esecuzione dell'intervento in due tempi specie nei soggetti deperiti, ed alla applicazione della anestesia locale. Riporta poi i risultati di toracoplastiche parziali in 4 casi di caverne del lobo superiore, cui seguì diminuzione dell'espettorato e cessazione dell'emottisi dapprima ostinata.

Di ogni singolo intervento l'O. riporta interessanti proiezioni di radiografie.

ASCOLI V. (Roma). — Presenta, a nome del prof. ROBERTSON LAVALLE di Buenos Aires, la storia clinica, e le radiografie relative, di un caso di tubercolosi polmonare curato con l'innesto osseo nel lobo polmonare superiore.

CASTIGLIONI (Pavia). — Ricorda di esser stato il primo in Italia ad operare un malato affetto da tbc. polmonare, di toracoplastica; insiste sulla necessità di preferire la narcosi tronculare, di asportare completamente il periostio, data la sua attività osteo-genetica, e ritiene utile — nei casi adatti — associare alla resezione posteriore, anche quella anteriore.

PANTALEONI (Forlì). — Afferma che la pleurolisi manuale previa ampia toracotomia è stata proposta ed eseguita dal Paternostro nel 1912, con successo. Ma un malato dell'O. operato così, malgrado sembrasse il più adatto a tale sistema di cura, morì. Quale il meccanismo della morte? Probabilmente lo spostamento del mediastino, la cui adattabilità non è eguale per tutti gli individui. Questi fatti meritano una coscienziosa meditazione.

CANTANI (Napoli). — Ritiene che la pleurite nel pneumotorace non sia una complicazione, ma un fatto abituale, e che la reazione pleurogena favorisca la produzione connettivale nel polmone. In tal senso la pleurite può essere ritenuta come favorevole nelle conseguenze terapeutiche del pneumotorace.

COVA F. (Milano). — Domanda al R. LEOTTA, quale dei metodi consigliati sia il preferibile. Osserva come, essendo la toracoplastica un metodo di cura puramente locale, non sia possibile poi prevedere quali possano essere le conseguenze lontane della lesione polmonare. Al prof. V. MARAGLIANO domanda se può il radiologo indicare se le aderenze pleuriche siano anteriori o posteriori. Richiamandosi alla sua esperienza sulla Jacobaeus si ferma particolarmente sul pericolo delle emorragie citando un caso di sua osservazione.

MARGARIA R. (Torino). — Riporta esperienze eseguite negli animali sulla temperatura dell'aria nei bronchi prima e dopo il taglio del frenico, concludendo che insieme col frenico decorrono certamente delle fibre simpatiche destinate ai vasi bronchiali e che al taglio di queste fibre, con la frenicotomia si deve attribuire una certa importanza nel miglioramento delle lesioni polmonari, per le modificazioni circolatorie che ne conseguono.

DONATI. — Domanda la parola per osservare che l'azione simpatica del frenico è un'azione accessoria, ma non certo la più importante.

MENEGALI (Montebelluna). — Presenta un caso di empiema tubercolare trattato con metodo suo particolare di aspirazione e di manovra plastica e seguita da guarigione completa.

MORELLI. — Prende la parola per affermare che negli empiemi si deve far l'aspirazione come egli da vari anni propugna e consiglia. Talora alla aspirazione egli ha associata la frenicotomia con buon risultato specie nel caso di fistole polmonari.

Risposte dei relatori.

GALDI. — È pienamente d'accordo coi vari oratori nelle diverse questioni da essi sollevate. Circa i versamenti pleurici è d'opinione che ne sia stata esagerata l'importanza e riporta le osservazioni compiute nella Clinica di Bari, donde risulta che essi sono assai poco frequenti. Non crede però che i versamenti pleurici possano essere considerati come favorevoli alla guarigione nel pneumotorace, così come ha accennato CANTANI.

Egli si dichiara favorevole all'intervento chirurgico nella cura delle tubercolosi polmonari, come in fondo si sono dimostrati favorevoli i vari oratori, pure osservando che debbano essere fatte le maggiori riserve e che debbano essere attentamente studiate in ogni caso le condizioni particolari di esso.

LEOTTA. — Ringrazia i vari oratori, e rispondendo ad essi, osserva a CARPI ed a MORELLI che il concetto sulla indicazione dell'intervento nelle lesioni iniziali è di pura spettanza medica. Egli afferma che è convinto che sia sempre bene non perdere tempo.

Come MORELLI, ritiene l'embolia poco frequente, mentre ammette sia più frequente l'eclampsia. A REDAELLI e a CASTIGLIONE osserva che il consigliare l'anestesia locale nella toracoplastica invece di quella generale dipende da predilezioni individuali; giacchè il pericolo delle polmoniti è grandemente diminuito dalla maggiore rapidità della operazione compiendola sotto l'anestesia generale. Non è d'accordo con CANTANI circa la utilità delle pleuriti nel pneumotorace. A COVA risponde affermando che è preferibile nella toracoplastica il metodo di Sauerbruck.

Infine si compiace nel constatare che non sono state fatte grave obiezioni alla sua relazione, ed insiste sulla importanza che devono avere nella cura chirurgica della tubercolosi polmonare il giudizio delle indicazioni e controindicazioni e la prudenza. I mezzi chirurgici non escludono certamente l'attuazione anche dei vari altri metodi di cura.

Rileva ancora come tutti i mezzi che si fondano sulla collassoterapia siano nella loro origine essenzialmente italiani perchè tutti derivano dal metodo del Forlanini.

MARAGLIANO V. — Rileva come tutti siano stati concordi nell'ammettere le conclusioni che egli ha esposte dal punto di vista radiologico. Insiste sulla difficoltà che si incontra spesso nella diagnosi radiologica per quanto concerne il tipo della lesione, e come a lato della indagine radiologica debba pur sempre rimanere in tutto il suo valore l'esame clinico.

Rispondendo al COVA rileva come sia talora difficile stabilire radiologicamente la sede delle aderenze e come a questo si possa giungere con esami radioscopici compiuti facendo eseguire movimenti di rotazione al malato, e con radiografie fatte in varie posizioni.

DONATI (Padova). — Conclude, compiacendosi della riuscita del congresso e saluta i colleghi medici.

Seduta antimeridiana del 28 ottobre.

Presidenza: V. ASCOLI (Roma).

Comunicazioni varie.

JACONO I. (Napoli). — *Ricerche bacteriologiche ed immunitarie sul virus erpetico.* — Tutte le ricerche batteriologiche con terreni in aerobiosi e in anaerobiosi sono state negative. Qualche volta è stato isolato qualche cocco cui l'O. non ha attribuito alcun valore etiologico. Il virus erpetico può essere riscontrato tanto nel cervello quanto nel sangue dei conigli inoculati.

Non di rado i conigli che hanno superata l'infezione erpetica diventano refrattari ad una nuova inoculazione anché di stipiti virulenti.

JACONO I. (Napoli). — *Il contenuto in glucosio della linfa di cane rispetto al tasso glicemico.* — La linfa a digiuno contiene meno glucosio del sangue, dopo i pasti di idrati di carbonio ne contiene quasi o più del doppio, nei cani con fistola toracica. Il tasso glicemico dei cani con fistola toracica si mantiene presso che invariato dopo pasti di idrati di carbonio.

JACONO I. (Napoli). — *Azione dell'insulina sulla glicemia e sul glucosio della linfa nei cani con fistola toracica.* — L'O. inoculando per via sottocutanea l'insulina in cani con fistola toracica ha osservato una notevole diminuzione del glucosio della linfa mentre il tasso glicemico si è mantenuto quasi costante.

JACONO I. (Napoli). — *Azione ipoglicemizzante del muco di m. Krusei.* — L'O. partendo da ricerche in vitro che ponevano in evidenza un esaltamento nella scomposizione del glucosio da parte delle m. Krusei a contatto di insulina, ha inoculato a conigli il succo di tale fungo, ottenuto a 300 atmosfere e filtrato per Berkefeld ed ha osservato azione ipoglicemizzante.

PENDE N. (Genova). — *Sopra una triade sintomatica dell'ipertiroidismo costituzionale e sua importanza diagnostica nelle forme larvate di tireotoscicosi.* — Dallo studio che da 20 anni l'O. compie su malati d'ipertiroidismo costituzionale, egli ha potuto rilevare una triade sintomatica che può molto aiutare nelle diagnosi delle forme dubbie, o larvate o monosintomatiche. Detta triade è costituita da:

I) naso a lama di coltello, stenotico, spesso col setto deviato verso un lato;

II) pressione variabile molto elevata. Tale sintomo è prevalente nel 95 % dei casi e costituisce uno dei segni cardinali del m. di Basedow. Non esiste un rapporto tra l'intensità del sintoma e la gravità del quadro morboso;

III) *Tachipsichismo*, rappresentato da una velocità dei processi psichici, tanto nel segmento emotivo che in quello intellettivo della personalità psichica degli ipertiroidei.

PENDE N. e NARDELLI L. — *Sopra un nuovo metodo di studio dell'azione biologica delle acque minerali.* — Detto metodo è basato su una intradermoreazione eseguita con l'acqua minerale e studia:

I) la cutireazione all'acqua minerale iniettata nello spessore cutaneo;

II) la reazione che l'iniezione di un decimo di cmc. della stessa acqua iniettata nel derma 3 volte a distanza di un quarto d'ora produce sulla riserva alcalina del sangue, sul Ph originario, sul glucosio del sangue, sul calcio ione, sul K-ione del sangue;

III) la crisi emoclasica che iniezione di 5-10 cmc. di acqua minerale nei muscoli è capace di determinare nel soggetto.

Le ricerche eseguite dimostrano che anche minime quantità di sostanze disciolte, massime se allo stato ionico, possono essere assorbite, ma trattenute nel corpo mucoso del Malpighi, agire stimolando azioni di alta importanza troforegolatrice e protettrice.

PARI (Padova). — Prende la parola per citare il caso, osservato due volte di individui giovani che dopo un bagno nel Bacchiglione presentarono un eritema maculo-papuloso diffuso morbilliforme. Ogni ricerca fu negativa per confermare l'ipotesi di un fatto anafilattico e l'O. pensa che la comunicazione del PENDE additando la possibilità di crenoreazioni multiple spontanee dà il modo di potere così interpretare i suddetti fenomeni.

PENDE N. e DURANTE L. — *Primi tentativi di innesto endocrinoterapico pluriglandulare.* — Partendo dal concetto che molti casi d'insufficenza sessuale siano di origine pluriglandulare, il PENDE in 2 casi ha fatto eseguire l'innesto contemporaneo di ghiandola genitale, di ipofisi e di tiroide. Non può ancora pronunciarsi sul risultato essendo trascorsi appena due mesi dall'intervento che fu eseguito dal DURANTE di Genova.

MAESTRINI D. (Teramo). — *Sull'ossipneumoperitoneo terapeutico.* — Compiendo varie indagini sulle conseguenze della insufflazione di ossigeno nel cavo peritoneale in casi di peritonite essudativa tubercolare; l'O. è giunto alla conclusione che l'ossigeno esplica veramente un'azione benefica, e che si può ritenere che fra i molteplici fattori di guarigione sia, dopo la cosidetta boccata di aria dei chirurgi, sia dopo l'insufflazione di ossigeno, debbano intervenire non soltanto fattori isto-patologici, ma anche fattori biochimici messi in evidenza dagli studi dell'O.

BISCHOFF L. (Lugano). — *Ischaemia cordis intermittens.* — L'O. si intrattiene sul risultato delle sue osservazioni cliniche e sperimentali riguardanti l'angina di petto da sforzo della quale egli si occupa da vari anni e che ritiene debba essere considerato come una ischaemia cordis intermittens.

PANCRAZIO F. — *Ulteriori osservazioni cliniche e terapia delle sindromi neuro-vegetative.* — Continuando le sue osservazioni sulle sindromi neurovegetative è giunto alla convinzione che dette sindromi accompagnino le più svariate forme morbose, e che siano determinate da uno squilibrio

del tono del vago o del simpatico. La terapia deve mirare ad agire sulla forma morbosa vasale.

RICCIOLI E. — Riferisce brevemente sulle condizioni che possono permettere l'applicazione del pneumotorace bilaterale simultaneo, ne riporta alcuni esempi di altri autori e cita 3 casi personali.

PANCRAZIO F. — Riporta le sue osservazioni compiute su operai addetti a scaricare granate contenenti gas yprite e riferisce quanto ha potuto constatare in 49 operai colpiti da lesioni dell'apparato respiratorio per inalazione di yprite. Si intrattiene specialmente sulla sintomatologia e sui rapporti che possono intercedere fra l'intossicazione di yprite e la successiva manifestazione di lesioni tubercolari.

ID. — Riferisce un caso di broncospirochetosi del Castellani, curata e guarita rapidamente con iniezioni di argentarsen.

LUZZATTO A. — Cita il risultato delle sue osservazioni nello studio del metabolismo basale e dello stato delle ghiandole a secrezione interna nei cardiopazienti.

CESA BIANCHI D. (Milano). — *Sindromi anemiche epatosplenomegaliche e sistema reticolo-endoteliale.* — Ha potuto nello spazio di 3 anni, osservare 5 casi di anemia epatosplenomegalica con ittero, emorragia, e talora ascite, casi questi di difficile interpretazione. Riporta uno di questi casi, cui seguì il reperto anatomo-patologico, e da esso conclude che la lesione anatomica fondamentale ha carattere sistemizzato, con sede essenziale negli organi emolinfopoietici nei quali interessa primitivamente e particolarmente il sistema reticolo-endotelio. L'O. pensa quindi che dette forme siano da considerare come una *reticolo-endoteliosi diffusa.*

AVEZZÙ G. e CHINI V. (Padova). — *Reperti elettrocardiografici in anginosi.* — Nello studio elettrocardiografico di 4 anginosi, gli OO. hanno osservato la mancanza di una netta e costante risposta elettrocardiografica, che essi pensano legata ad una alterata conducibilità nelle branche del fascio e loro diramazioni, dipendente spesso da alterazioni coronariche. La più caratteristica modificazione osservata è (durante l'accesso) un innalzamento ed un allargamento dell'onda T.

ARNONE (Palermo). — Dopo avere riferito di alcune sue osservazioni sulle stasi viscerali, che hanno portato alla constatazione dell'esistenza di zone di eccitabilità esagerata lungo il tratto gastro-intestinale, capaci di determinare l'esplosione di sindroni di vagotonia e di simpaticotonia, si intrattiene su due casi di stenosi della valvola del Varolio, e sui vari elementi clinici e radiologici che possono essere utilizzati per la diagnosi di membrana pericolica di Jackson.

VELARDI F. (Napoli). — Compiendo ricerche sperimentali con iniezioni di culture pure di aspergillus fumigatus nel testicolo del coniglio, ha notato che detta inoculazione determina soltanto fenomeni locali costituiti dalla produzione di un nodulo granulomatoso. L'O. pensa che detto nodulo tragga origine dal tessuto reticolo-endoteliale.

ID. — Studiando la siero-anafilassi nei conigli sia normali che splenectomizzati, l'O. ha osservato che lo choc è costantemente mortale nei conigli splenectomizzati. Nei conigli normali, l'esame della milza dimostra la presenza di numerosi megacariociti.

PAOLINI R. (Napoli). — *Modificazioni chimico-citologiche del liquido cefalo-rachidiano in casi di emorragia cerebrale.* — Ha notato, aumento della pressione, presenza di sangue o di colorazione xantocromica, aumento dell'albumina, delle globuline, delle sostanze riducenti. Nel sedimento ha osservato una vera polinucleosi che andava poi man mano diminuendo per lasciare il posto ad una modica linfocitosi.

Riferisce i risultati delle sue indagini dirette a controllare il valore dell'estrazione del succo gastrico a digiuno. dopo il pasto di prova, o frazionatamente sia a digiuno che dopo il pasto, riconoscendo come il metodo dell'estrazione frazionato possa dare indicazioni più esatte nella diagnostica della funzionalità gastrica.

MANARA M. (Genova). — Richiama l'attenzione sulla importanza dello studio del diametro di profondità del cuore, sia nei riguardi delle varie cardiopatie sia nello studio delle diverse costituzioni.

Si sofferma sulla sifilide congenita a manifestazioni tardive degli apparati valvolari del cuore, osservando come alla sifilide ereditaria debbano talora essere ascritte forme di endocardite erroneamente classificate come reumatiche. Quale esempio di scambio fra forme reumatiche e luetiche riporta brevemente 3 casi di affezione delle articolazioni in individui dai 14 ai 24 anni. Per essi si poteva escludere una lues acquisita; ma lo esame dei sintomi, specie il dolore, e l'effetto della cura specifica antiluetica, dimostrarono trattarsi di forme di eredolue a manifestazione tardiva.

POZZILLI P. (Roma). — *Enzimoterapia antitifica.* — Dalla applicazione alla terapia delle conoscenze acquisite sugli studi degli enzimi digestivi, l'O. ha tratto la conclusione, nelle numerose osservazioni sui tifosi, che l'enzima gastrico totale (la riunione cioè di tutti gli enzimi digestivi) nella terapia del tifo determini una vera e propria disintossicazione.

POZZILLI P. (Roma). — *Sulla azione della scilla marittima nella insufficienza cardiaca e renale.* — Riferisce le osservazioni fatte per porre in evidenza il valore pratico della scilla per alcune ragioni anche superiore alla digitale, nella terapia della insufficienza cardiaca e dello scompenso renale.

Esaurito l'ordine del giorno e dichiarato chiuso il XXXII Congresso della Società Italiana di Medicina Interna, viene annunziata Parma come sede di quello prossimo.

Daremo quanto prima notizia dei temi scelti e dei rispettivi relatori. Dott. E. TRENTI.

(La seduta in comune con la Società Italiana di Chirurgia, è stata redatta in collaborazione con il dott. E. MINGAZZINI).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

La pneumorachia e la diagnosi delle compressioni midollari.

La iniezione di aria nei ventricoli cerebrali, sia per immissione diretta che per rachicentesi, seguita subito da radiografia del cranio a scopo diagnostico può essere utile, ma richiede iniezioni di circa 40-60 cmc. di gas il che non è esente da pericoli. Si è avuto in qualche caso morte per mobilizzazione di tumori vicino al bulbo; inoltre si produce sempre una penosa reazione meningea che dura 12-46 ore e più; perciò questo non sarà altro che un metodo di eccezione.

Riser di Tolosa (*Ann. Méd.*, n. 1, luglio 1926) vanta invece la grande utilità e la innocuità assoluta della pneumorachia che si può, e deve, eseguire con soli 5 cmc. di gas.

Tecnica. Si basa sulla legge fisica seguente: qualunque volume di gas introdotto in un mezzo liquido più denso ha tendenza a risalire alla sua superfice. Il malato deve essere seduto con la testa lievemente flessa: si fa la puntura lombare e si estraggono 4 cmc. di liquor: poi con una siringa di Lüer da 5 cmc. il cui fondo sia foderato di uno strato poco spesso di cotone sterilizzato si aspirano 3 cmc. di aria che si iniettano rapidamente per l'ago lombare.

Effetti. Il malato prova una sensazione poco molesta di sfregamento lungo il rachide e ben presto (quasi immediatamente) una sensazione di pizzicamento (*pincement*) alla nuca e una punta di cefalea: è segno che il gas ha raggiunto il cranio, non vi è cioè stenosi meningea, si dice: la pneumorachia è negativa.

In tutte le affezioni meningo-midollari senza stenosi meningea, per es., nella tabe, mieliti, sclerosi a placche, la pneumorachia è negativa: ciò provano numerose osservazioni di molti AA. (Daudy, Riser, Belcour, Mac-Connel, Widerse, ecc.).

La pneumorachia nelle compressioni midollari. Quattro osservazioni dettagliatamente riportate dall'A. e altri casi della letteratura dimostrano:

1) se vi è una stenosi completa e questa è dovuta a una neoplasia parzialmente mobile, la bolla d'aria iniettata rapidamente urta e mobilizza l'ostacolo onde accadono due fatti: cioè anzitutto manca il senso di pinzettamento alla nuca e la lieve cefalea che si ha quando la bolla raggiunge il cranio, qui invece arrestandosi al punto della stenosi mancano questi sintomi onde appunto si diagnostica la stenosi meningea, e si dice che la pneumorachia è positiva. In secondo luogo, la mobilizzazione del tumore produce uno stiramento delle radici nervose midollari onde sorgono dolori a tipo radicolare, dalla cui topografia si può dedurre la sede dell'ostacolo;

2) se la stenosi non è completa, manca il senso di pinzettamento della nuca e la lieve cefalea onde si dice che la pneumorachia è positiva e si diagnostica la stenosi; ma in secondo tempo (due o tre ore) la bolla d'aria si infiltra nella stenosi e raggiunge il cranio onde *tardivamente* compaiono i sintomi sopradetti, e con ciò si può diagnosticare che la stenosi non è assoluta. Anche in questo caso talora insorgono dolori radicolari utili per la diagnosi di sede.

I dolori a sede radicolare possono mancare per varie ragioni: cioè, se la lesione comprimente è del tutto immobile, oppure se si tratta di pachimeningiti cancerose, oppure se più in alto esiste un altro tumore o un'altra causa che abbia del tutto messo fuori funzione le vie sensitive sottostanti.

Conclusioni. La pneumorachia è di una tecnica semplicissima, del tutto innocua e rapidamente utilizzabile a scopo diagnostico anche al letto del malato senza bisogno di radiografie. Essa può servire come orientamento che sarà bene fare seguire da iniezione di lipiodol per via alta per precisare ancora meglio la localizzazione nei casi di un prospettato intervento cruento.

L. TONELLI.

La sella turcica nei tumori della loggia posteriore del cervello.

M. Clovis Vincent (*Rev. Neurol.*, t. 1, n. 1, luglio 1926) fa notare come questi tumori siano frequenti, ma spesso non riconosciuti, e confusi con tumori dell'ipofisi.

Per la diagnosi di questi casi si è necessariamente obbligati a servirsi dei raggi.

La radiografia mostra in genere l'usura e la dilatazione della sella turcica, il che trae in inganno con i tumori ipofisari.

In un caso riferito, fu trovata una enorme dilatazione del ventricolo medio, il quale si affondava e distruggeva la loggia pituitaria ed il suo contenuto.

La dilatazione e la distruzione dunque della sella turcica, come mostra la radiografia, non sta per un tumore ipofisario, ma deve far pensare ad un tumore extraipofisario, del cervelletto o della parte posteriore del cervello.

CARUSI.

La chirurgia dei tumori cerebrali.

De Martel (*Le Scalpel*, 3 luglio 1926) dimostra l'utilità degli interventi chirurgici nei tumori cerebrali.

La *trapanazione decompressiva* è un intervento non pericoloso, alla portata di ogni chirurgo, che permette una lunga sopravvivenza, lottando contro le sindromi di ipertensione e specialmente contro la stasi papillare. È un mezzo certamente superiore a quello dell'iniezione endovenosa ipertonica di soluzione di cloruro di magnesio.

Interventi radicali. Sono consigliabili nell'endotelioma della regione motrice (visibile nel 6 % dei casi alla radiografia) e nei tumori dell'angolo ponto-cerebellare. Per l'ablazione, l'A. consiglia la tecnica di Cushing, operando il malato seduto e sotto anestesia locale, potendosi in tal modo dominare più facilmente le emorragie e sorvegliare bene lo stato del malato. Per quanto riguarda l'emostasi, l'A. raccomanda l'aspirazione mediante cotone imbevuto di siero, che è molto superiore alla compressione ed ai vani tentativi di allacciature.

Per i *tumori del midollo spinale*, è indispensabile la diagnosi esatta e la localizzazione precisa per mezzo del lipjodol. Anche in questi casi, gli interventi si faranno in posizione seduta e con anestesia locale. È consigliabile di aprire dapprima la dura madre, senza interessare l'aracnoide, ciò che permette di vedere il midollo e le radici immerse nel liquor.

L'A. inoltre raccomanda la cordotomia, che pur non essendo curativa, è assai utile per il sollievo che porta ai dolori intollerabili dei malati ai quali permette di morire senza sofferenze. Si mette il midollo a nudo e, per mezzo di un bisturi triangolare si interrompono le vie della sensibilità nervosa e termica che si trovano fra il corno anteriore e quello posteriore, senza interessare le vie della sensibilità tattile o profonda.

fil.

Neurite dello sciatico consecutiva ad iniezione intramuscolare.

Sono notevoli gli incidenti che possono sopraggiungere allorchè le iniezioni intramuscolari sono praticate al di fuori della regione adatta. Il limite, parliamo della regione glutea, è indicato da una linea che unisce il trocantere femorale alla parte superiore della plica interglutea: l'ago deve essere infisso al di sopra di questa linea. Se si inietta al disotto, può lo sciatico essere ferito od essere coinvolto nella reazione prodotta dai medicamenti iniettati, portando in ambo i casi a neuriti più o meno importanti e durature. Gonzalo de Lafora (*El Siglo médico*, Madrid, dicembre 1925), porta in appoggio di tale asserto i due casi seguenti:

1) sciatica sinistra per una iniezione di cacodilato di sodio nel punto di emergenza del nervo nella grande incisura sciatica. Si formò un ascesso asettico che si aprì e durò un tre mesi; i dolori si accentuarono impedendo il cammino ed obbligando il p. ad analgesici;

2) neurite del pudendo interno per iniezione intramuscolare di atofenil. La iniezione fu praticata molto bassa nel gluteo destro. Subito il p. avvertì anestesia nel pene, sui testicoli, al perineo. Alquanto tempo dopo impotenza, ed abbenchè in seguito siasi verificata l'erezione, il coito non era possibile per la mancanza di sensazioni al pene. L'iniezione forse è penetrata nello sciatico, ha raggiunto il pudendo interno nel suo breve tragitto intrapelvico.

M.

Il trattamento della sindrome ansiosa.

La sindrome ansiosa è costituita da una serie di sintomi isolati ai quali i malati danno importanza diversa secondo la coltura, l'orientazione delle preoccupazioni, ecc. L'ansietà figura come sintoma patognomonico di un gruppo di neurosi che o appartengono a quelle attuali di Freud e riconoscono come causa immediata il mancato soddisfacimento sessuale oppure figurano fra quelle chiamate di compulsazione e sono allora i traumi infantili, le repressioni di tendenze istintive perverse le quali motivano la sopravalutazione di alcune idee a cui si accompagna l'ansietà.

Nel quadro di altre psicosi, l'ansietà si presenta come sintoma capitale, come nella presenilità, nella fase di depressione della pazzia maniacodepressiva; essa non è rara in certe forme di schizofrenia, specialmente in quelle del tipo vascolare (demenza arteriosclerotica); accompagna spesso le fobie.

In questi casi, mediante la psicoterapia non si può convincere l'infermo del suo errore, mentre se, con una qualsiasi medicazione si agisce sulla sindrome ansiosa, la fobia migliora automaticamente e si può quindi orientarsi verso un'utile psicoterapia.

Come osserva M. Maestre Ibanez (*Archivos de med., cirug. y especialidades*, 10 luglio 1926) non vi è un solo medicamento che possa agire contro l'ansietà ma tutta una serie di mezzi igienico-dietetici, fisici e farmacologici. Fra i primi sono da menzionare il regime ipotossico, fra i secondi il bagno caldo prolungato. Fra i mezzi farmacologici, attualmente si consigliano specialmente i derivati dell'acido barbiturico, particolarmente il luminal, il calcio per via endovenosa ed, in casi ribelli al luminal, l'oppio e la belladonna.

fil.

Nella spasmofilia dei bambini.

Lereboullet e Saint-Gyron consigliano:

Cloruro di calcio anidro, g. 6-10; Sciroppo di limone, Sciroppo di fiori d'arancio, ana g. 70; Alcoolatura di cedro, g. 1,50.

Da prenderne 3-4 cucchiaini da caffè al giorno.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Studi sperimentali sul meccanismo di eliminazione della bile, con speciale riguardo alla funzione dello sfintere di Oddi.

Hitoo Iwanaga (*Mitt. a. d. med. fak. der kaiser.* Kyushu-Universitaet, vol. X, 1925, Fukuoka, Giappone) ha eseguito un gran numero di esperimenti su cani e conigli ricercando quale influenza abbiano alcune sostanze sull'eliminazione della bile. Produceva in alcuni casi una fistola duodenale, in altri vi associava la colecistectomia; in altri ancora isolava e drenava all'esterno il dotto epatico, legava il cistico, introduceva un tubo nel coledoco e vi aggiungeva una fistola gastrica e una duodenale. Dal complesso dei suoi esperimenti arriva alle seguenti conclusioni:

1) Nel digiuno non esiste eliminazione di bile; appena si somministra del latte la bile arriva nel duodeno 5' prima del latte stesso.

2) Un'azione colagoga è posseduta in grado decrescente dalle seguenti sostanze: peptone, latte, estratto di carne, solfato di magnesio.

3) L'acido cloridrico, lattico, acetico, olio di oliva e sapone determinano eliminazione di bile e eccitano la secrezione delle cellule pancreatiche ed epatiche.

4) Non hanno alcuna influenza sull'eliminazione della bile la diastasi, la pepsina, la pancreatina e la bile, il salicilato e bicarbonato sodico.

5) Dopo l'estirpazione della vescichetta biliare si stabilisce un flusso continuo di bile. L'incontinenza cessa dopo 2-7 settimane; il coledoco si dilata e dimostra un potere di assorbimento in modo da compensare la vescichetta asportata.

6) Lo sfintere di Oddi ha un tono costante impedendo l'efflusso continuo di bile, il grado del tono corrisponde a 70-100 cmc. di acqua nei conigli e 120-200 nei cani.

7) La pilocarpina e la fisostigmina eccitano il tono dello sfintere di Oddi e della vescichetta biliare fino alla contrazione tetanica.

8) L'atropina e la scopolamina determinano paralisi.

9) L'adrenalina determina, per lo più, una contrazione nei conigli e un rilasciamento del tono nei cani.

10) La nicotina, la morfina, la stricnina determinano contrazione del coledoco, la caffeina paralisi.

11) L'eccitazione elettrica del vago determina contrazione dello sfin. di Oddi ogni tanto seguita da rilasciamento.

12) L'eccitazione del simpatico fa aprire il coledoco.

13) Quando si ecciti la porzione pilorica dello stomaco fino a produrre una contrazione tetanica, si determina chiusura del coledoco.

14) L'eccitazione della mucosa duodenale con colagoghi provoca l'apertura della papilla.

VALDONI.

La secrezione del sudore nell'uomo.

Moog e Buchheister (*Munchner Med. Wochensch.*, n. 22, 1926). hanno trovato molto utile il metodo di Jurgensen, che consiste nella osservazione microscopica, della secrezione del sudore dell'uomo dopo aver applicato sulla cute una sospensione di sostanza colorante (lapis dermografico) in poche gocce di olio di cedro. Le particelle coloranti insolubili nell'olio si sedimentano e si depositano in tutti i solchi e pori della cute, ciò che rende facile osservare la secrezione del sudore che esce in forma di perle lucenti che spiccano bene sul fondo colorato. Questo metodo permette agli AA. di constatare l'esistenza di una secrezione insensibile del sudore, secrezione continua: la secrezione sudorale consiste si può dire in due parti, di cui una, questa secrezione insensibile, l'altra la perspirazione. La secrezione insensibile del sudore è però stata dimostrata dagli AA. soltanto alle mani e ai piedi. Iniezioni di pilocarpina rendono visibili le glandole sudorifere di tutto il corpo e permettono di contarle: i risultati numerici concordano con quelli di Krause, differendone soltanto per la regione della fronte in cui le glandole risultarono più numerose. L'atropina iniettata in dose di 1, 1 1/2 mmgr. inibisce parzialmente o totalmente la secrezione insensibile del sudore; nessuna azione esercita invece a tale riguardo l'istamina. L'adrenalina deprime l'attività delle glandole sudorifere in seguito alla sua azione vasocostrittrice: diminuisce perciò la secrezione del sudore. Stasi venosa della durata di 30 minuti, inibisce fortemente la secrezione insensibile del sudore. Applicando del ghiaccio su una mano si vede diminuire l'attività secretrice delle glandole sudorifere dell'altra mano.

POLLITZER.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Terapia saturnina dei tumori maligni.

F. Carter Wood, direttore dell'Istituto per lo studio del cancro presso la Columbia University di New York, fa una revisione generale (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 4 settembre 1926) dell'impiego dei metalli colloidali per la cura dei tumori maligni.

Venne preconizzato per la prima volta da Torres, nel 1904; seguirono i tentativi di Wassermann e Keyser (1911) con selenio e con selenio-eosina; dopo molte altre prove, si è giunti all'impiego del piombo colloidale, di cui andiamo debitori a W. Blair Bell di Liverpool: tra i rimedi congeneri, è quello che ha dato i risultati migliori e più promettenti.

Il Blair Bell è stato guidato da concezioni teoriche e da ricerche sperimentali e cioè: 1) l'analogia delle cellule cancerigne con i trofoblasti coriali (egli considera in qualche modo i villi coriali come iperneoplasici); 2) l'azione abortiva dei sali di piombo; 3) una serie di ricerche istologiche le quali provano come quest'azione si eserciti attraverso la produzione di necrosi da coagulazione dei villi e com'essa sia elettiva.

La terapia è difficile e di una certa pericolosità, consigliabile solo quando si disponga di laboratori bene attrezzati. Si è lontani dall'adempiere il *desideratum* di una terapia pratica e generalmente accessibile, sovratutto a causa della tossicità elevata del rimedio e anche perchè questo dev'essere preparato con tecnica difficile, e di recente: dopo 2-3 giorni la tossicità si eleva molto, di modo che non può essere più impiegato.

Il piombo colloidale viene allestito col metodo Bredig, al 0,4 %, in soluzione fisiologica; poi lo si centrifuga per eliminare le particelle che superano due decimi di micron; si rende la sospensione ipertonica con cloruri di sodio, potassio e calcio; la si sterilizza con l'ebollizione.

Si praticano iniezioni endovenose: nel corso di 2-3 mesi vengono propinati incirca grammi 0.6 di piombo; ogni iniezione non deve superare grammi 0.1 di elemento, ma le iniezioni non possono rimanere molto al disotto di questo limite, perchè le dosi scarse, anche se ripetute, non esercitano un effetto utile sul tumore, mentre determinano intossicazione generale.

Controindicazione assoluta è la nefrite e controindicazione relativa è la profonda cachessia. Se i tumori sono voluminosi conviene asportarne prima la massima parte. Si può associare questo trattamento con la radioterapia.

Da 5 anni Blair Bell e i suoi collaboratori hanno avuto in trattamento 227 casi, quasi tutti avanzatissimi; la maggior parte sono morti, ma in 50 si è avuto l'arresto e la regressione del tumore, e ora i malati risultano guariti e godono di buona salute!! È la prima volta che si raggiunge un risultato simile nella cura dei tumori maligni.

Lo Wood riferisce alcune ricerche personali, corredate di figure dimostrative. Esse lo portano ad ammettere che il piombo agisce per due vie: 1) alterando i capillari e producendovi delle trombosi; 2) colpendo le cellule tumorali e disgregandole.

Tutti i tipi di tumori possono risentire i benefizi del rimedio.

L'A. ha anche eseguito, con buoni risultati, delle prove di associazione della terapia saturnina con i raggi X. Crede che questi ultimi non agiscano dando origine a radiazioni secondarie, ma attivando il piombo (ricordiamo le ricerche fatte nello stesso senso dal Ghilarducci, con vari metalli introdotti per jonoforesi e irradiazione ulteriore: egli credeva all'intervento di radiazioni secondarie).

Il lavoro è stato letto e discusso in seno al Congresso dell'Associazione Medica Americana.

Va rilevato che F. Coke e S. B. Cook (*Brit. Med. Journ.*, 6 marzo 1926), i quali hanno saggiato il trattamento saturnino in 20 casi inoperabili, hanno ottenuto i risultati relativamente migliori associando il piombo al mercurio (sospensione stabile di piombo e mercurio contenente 0.1 % di ciascun metallo).

N. Watermann, nella sua monografia *Die heutige Stand der chemotherap. Carcinomforschung* (Berlino, Springer, 1926), riferisce che nell'Istituto per cancerosi di A. v. Leenwenhoekins sono in corso delle ricerche cliniche sull'efficacia del metodo e che l'A. stesso vi ha eseguito delle ricerche sperimentali sul sarcoma di Rous, il quale, sotto l'azione del rimedio, regredisce e diviene avirulento. L'A. giudica il metodo promettente, almeno per quanto concerne alcune forme di tumori maligni; ma crede che non si possano ancora formulare apprezzamenti definitivi.

Nelle prove sin'ora riferite non mancano i risultati nulli e anche cattivi e perfino disastrosi; ma certo un passo è ormai realizzato nella terapia dei tumori maligni e molto dobbiamo attenderci dalla continuazione di queste ricerche.

L. VERNEY.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. V. I., da S.:

Il KOWARSCHIK tradotto in italiano da Vidale e Chiozzi, è in ristampa (Città di Castello, Tip. Leonardo da Vinci). Il BUCKY, tradotto in italiano, può essere ricercato presso la Libreria Lattes; prezzo L. 18. In francese il BORDIER: *Diatermia e diatermoterapia;* prezzo L. 70. Non esiste un trattato italiano del genere. MILANI.

Al dott. G. M., da M., abb. n. 7622-1:

Sulla conservazione dei cadaveri consulti il *Manuale di imbalsamazione umana* di F. DI COLO (Manuale Hoepli), Milano. *fil.*

Al dott. G. N., da R., abb. n. 11614:

Le disposizioni relative ai concorsi ed alla nomina degli ufficiali sanitari sono state pubblicate con R. D. 2266 del 29 novembre 1925. I programmi di esame tuttora vigenti sono quelli stabiliti con D. M. del 21 novembre 1906. Entrambi i decreti si trovano in una pubblicazione della 'Biblioteca legale della Casa editrice Pietrocola (Napoli, via Portamedina alla Pignasecca, 44), sotto il n. 2743, al prezzo di L. 2.50. *fil.*

VARIA.

Le attività spirituali come valore biologico e come fine educativo.

Il prof. Giuseppe Montesano ha pubblicato su questo argomento un pregevole studio, che ha interesse non solo per psichiatri e neuropatologi, ma anche per i medici pratici.

L'importanza che la psicoterapia e l'igiene mentale hanno acquistato negli ultimi tempi rende più che mai necessario di esaminare con rigore scientifico tutto quanto tiene agli speciali argomenti. Sopratutto l'esame è indispensabile per le attività spirituali ed è questo che si prefigge l'A. nel suo lavoro. Egli dà in esso un concetto unitario dell'arte, della religione e della filosofia considerandole dal punto di vista dell'utile che esse arrecano all'esistenza dell'individuo e della specie umana, delineando altresì il graduale perfezionamento sia delle attitudini, sia dei prodotti, sia infine della tendenza a purificare queste speciali elaborazioni da ogni secondo fine.

Le attività spirituali rientrano fra le costruzioni fantastiche generate in una condizione di distacco dal reale oggettivo e tale da aversi per i fantasmi fenomeni sentimentali identici come qualità ed intensità a quelli per avvenimenti esterni. Dette costruzioni si distinguono dalle comuni *rêveries* per due caratteri fondamentali: sono dominate dalla volontà, hanno fini di valore non personale, ma universale. Non solo poi è intravisto e gradito, nella particolare condizione di distacco dal reale, qualche cosa che sia di vantaggio generale, ma si tende a dare di questa visione un sentore affinchè altri possano procurarsi uno stato analogo e riceverne gli stessi benefici. Concordanti le attività spirituali con quelle ideali nel senso di rappresentarsi una condizione di bene per tutti, dirette entrambe a realizzare questo bene, si dividono poi fra loro il compito: le une cercano di elaborare e di attuare qualche cosa che migliori la vita in quanto è preoccupazione del reale che ci circonda; le altre tendono invece a migliorare la vita interiore, a renderla sempre più indipendente dagli avvenimenti esterni e sempre più gradevole per ogni persona. La differenza del compito fa sì che le une cerchino raggiungere i loro fini realizzatori a mezzo dell'azione, le altre invece a mezzo dell'espressione.

Intese così le attività spirituali come generatrici di una vita interiore sempre più perfetta, l'A. mette in rilievo come la perfezione si risolva in armonie la cui visione, proprio perchè ci letifica e ci ristora di tutte le contrarietà, gli strapazzi, le irregolarità di lavoro immancabili nella vita pratica, rende sempre più spiccata la tendenza a rivestire di altrettanta armonia le concezioni ideali da realizzare in detta vita. Le varie specie di attività spirituali sono determinate dalla qualità delle armonie ricercate: l'arte tende a procurare armonie nella vita sensitiva, la religione in quella del sentimento, la filosofia in quella della ragione. I diversi campi non sarebbero bene distinti negli albori di queste superiori manifestazioni dell'intelligenza, ma la separazione che avviene in seguito non rallenterebbe i rapporti fra le tre varietà, ne accrescerebbe anzi l'intimità, facendosi sempre più intenso il bisogno di vivere una vita interiore oltre che armonica più complessa e procurare quindi che gli oggetti, i simboli, animatori di tal vita abbiano virtù stimolanti di più specie. Lo stimolo non sarebbe prodotto sempre allo stesso modo, distinguendosi così i creatori dei simboli dai loro interpreti e divulgatori e dai semplici accessi che suggestionano col modo come esprimono l'ammirazione ed il trasporto per i simboli stessi.

Circa il contenuto dei prodotti simbolici il prof. Montesano nota come in un primo stadio l'*Eros* abbia grande predominio, specie nell'arte e nella religione, e questo egli spiega con le affinità che corrono fra le tendenze spirituali e le tendenze sessuali, esponenti le une e le altre di un medesimo bisogno, anzi istinto fondamentale della vita: la conservazione della specie. Questa spie-

gazione sembrerebbe concordare con le teorie di Freud che intravede in tutte o quasi le manifestazioni umane un fondo di sessualità, fino a parlare di pansessualismo; ma non è dubbio che può esistere una finalità di conservazione della specie la quale prescinda da ogni atto e da ogni desiderio sessuale e si risolva in un sentimento di dovere fino al sacrifizio della propria vita per il bene di tutta l'umanità. Le attività spirituali, come del resto le ideali, risponderebbero alla forma asessuale, ma la distinzione, la epurazione non si produrrebbe fin dall'inizio, avverrebbe a gradi; non sarebbe perciò da meravigliare se in un primo tempo le due maniere di provvedere alla conservazione della specie rimanessero confuse e le concezioni sia spirituali, sia ideali fossero più o meno impregnate di sessualità.

Considerata poi l'evoluzione in rapporto, non alla qualità dei prodotti, ma alla capacità di compiere attività spirituali e di tendere al compimento senza secondi fini, lo stadio attuale del progresso umano, pochi sono gli idonei e ancor meno i puri del sentimento. Lo sviluppo delle strutture organiche necessarie all'applicazione dei particolari atti sarebbe nella grandissima maggioranza ancora incompleto, tale perciò da non potersi avere la funzione esercitata con le risorse ordinarie dell'organismo, ma da rendersi necessarie energie straordinarie. Così spiegherebbesi il fatto che moltissimi di coloro i quali dimostrarono superiore capacità di atti spirituali furono dei malati, avendosi sempre nelle malattie una liberazione delle energie immagazzinate dall'organismo come riserva, liberazione che si produce spesso in quantità maggiore di quella da impiegarsi nella lotta contro l'agente morboso. Se la malattia non è molto grave e dura a lungo, l'eccesso può venire, in alcuni soggetti meglio disposti, utilizzato allo speciale fine. Un analogo incompleto sviluppo spiegherebbe la impossibilità che moltissimi hanno di purificare la particolare tendenza: questa resterebbe asservita ad altre, a quelle che per la speciale struttura organica dell'individuo sono più spiccate. Ben spesso i valori spirituali verrebbero così a confondersi con quelli ideali e morali, se non pur addirittura con i materiali. Da questa confusione d'interessi, come dall'incompleta idoneità, non pochi danni deriverebbero all'individuo e all'umanità, danni di cui l'A. fa una minuta analisi. Si delinea così un compito educativo di grande importanza per la igiene della psiche e per il miglioramento dei rapporti fra gli esseri umani. Non è da sperare in una rapida modifica delle strutture organiche tale da rendere la speciale attività più agevole e più consona al suo fine biologico: occorre invece far ben comprendere i pericoli cui si va incontro per questa insufficienza organica, suscitare altresì un sempre più vivo desiderio di prevenire gli uni, compensare l'altra. Ognuno dovrebbe acquistare piena coscienza del proprio grado di capacità per gli speciali atti, compiere solo quelli che implicano minimo sperpero di energie, contentarsi di fare da interprete quando non si può essere creatore, limitarsi quando sia il caso ad avere il massimo godimento e trasporto dall'opera altrui, senza pretesa di fare opera espressiva simbolica originale, non cercare di accrescere la potenzialità di creazione o di interpretazione o di godimento con agenti patogeni, intossicazioni, strapazzi, emozioni violente, ecc.

Dato poi che le attività spirituali in tanto valgono in quanto animano una vita interiore in cui si intraveda qualche bene universale e se ne goda, occorre favorire al massimo grado tutto quanto può generare al riguardo un fervore sincero. Non si può e non si deve pretendere d'imporre la propria visione, si deve invece agevolare in ciascuno la produzione di quella che più risponde al proprio temperamento, che con maggiore probabilità può procurare un distacco dal reale in un sogno letificante per le armonie di cui dà una rappresentazione.

La comunione spirituale deve essere intesa nel senso di fine identico, ma piena libertà di scelta nella visione dei mezzi, libertà che può venire concessa senza pericolo quando si concordi sinceramente nel proposito di ricercare armonie e di tener ben distinta la vita spirituale dalle norme di vita pratica. La concezione di queste norme è riservata alle attività ideali e proprio perchè nei rapporti con i simili si dovrà spesso sottostare ad una disciplina in contrasto con i propri ideali, il contrasto sarà sopportato tanto più serenamente quanto più l'individuo si sarà messo in grado di trovare compensi e sollievi in un'attività spirituale.

Compensi e sollievi di tale genere devono essere procurati specialmente a quei soggetti anormali psichici che si caratterizzano per un'intolleranza ai dolori, alle contrarietà e vengono da questa intolleranza facilmente spinti ad una vita irregolare se non antisociale. Nella maggioranza di costoro riesce facile un'attività spirituale, dato che a base dell'intolleranza è spesso uno stato di eccitamento, con troppo facile liberazione di energie di riserva. Medici ed educatori dovrebbero, tenendo conto dei dettami della psicologia sperimentale e individuale, favorire moltissimo questa derivazione, incanalare le energie esuberanti in modo da intensificarsi una vita dello spirito atta ad elevare l'individuo, a sublimare le sue tendenze, evitare la degradazione e la degenerazione, la nevrosi, la pazzia. DR.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXVIII. — Se ed in quali casi il medico condotto può essere collocato a riposo per limiti di età.

Il medico condotto può essere collocato a riposo di autorità per limiti di età? La IV Sezione, con decisione 16 luglio 1926 n. 385 ha risposto negativamente nel caso in cui nulla disponga il capitolato. L'avanzata età del medico condotto può essere causa legittima di dispensa dal servizio soltanto nei casi previsti dall'art 34 della legge sanitaria Testo Unico 1 agosto 1907, che deve intendersi riferito non soltanto a colpe disciplinari ma a tutti i motivi che, anche non addebitabili a colpa, possano essere assunti per base legittima del licenziamento e così anche alle infermità, alla età avanzata e alla inidoneità sopravvenuta del medico condotto. L'applicazione dell'art. 34 richiede però che il medico condotto abbia dato motivo a lagnanze gravi e che tali motivi siano a lui contestati per dargli il modo di difendersi. Questo principio — costantemente adottato dalle sezioni giurisdizionali del Consiglio di Stato per tutti gli impiegati degli enti locali — è stato ormai codificato, dall'art. 41 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2889 concernente la riforma degli ordinamenti sanitari.

Sin qui la decisione del Consiglio di Stato.

In linea di massima il principio sembra a me giusto; devo fare però due riserve.

Quando la IV Sezione ha detto che il Comune non può collocare a riposo d'autorità il medico condotto per limiti di età ha soggiunto: « Nel silenzio del regolamento organico del personale e del capitolato della condotta medica ». Ora io ritengo, pur riconoscendo che si tratta di tesi opinabile, che non sia legittima la disposizione del capitolato la quale attribuisca al Comune il potere di collocare a riposo per limiti di età, specialmente se il Comune stesso non provveda a un trattamento di pensione proprio. Spiego il mio concetto. Per disposizione inderogabile dell'art. 31 del T. U. delle leggi sanitarie il medico chirurgo condotto acquista diritto alla stabilità dell'ufficio e dello stipendio dopo due anni di prova in un medesimo Comune o consorzio. In relazione a questa norma, che ha efficacia assoluta, non derogabile nemmeno per accordo fra Comune e sanitario, l'art. 34 soggiunge che « trascorso il periodo di prova il Comune o consorzio *non può* licenziare il medico condotto *se non* per motivi gravi... ». Dunque, in relazione ad una norma che ha carattere assoluto, non derogabile dalle parti, la legge stessa stabilisce in quali casi è possibile e con quali forme è lecito risolvere il rapporto d'impiego stabile. Come quella dell'art. 31 anche la disposizione dell'art. 34 ha efficacia assoluta e inderogabile, con la sola differenza che il rapporto può essere sciolto d'accordo, o cessa nel caso di soppressione legittima del posto. Si deve badare anche alla forma della disposizione dell'art. 34: *non può licenziare se non* per motivi gravi da essergli contestati, ecc., cioè *soltanto* per tali motivi. Data questa disposizione, si deve ritenere che il Comune non soltanto non possa deliberare il licenziamento fuori dei casi stabiliti dall'art. 34 ma non possa nemmeno attribuire a sè, in sede di regolamento e di capitolato, il potere di licenziare per motivi diversi da quelli stabiliti dall'articolo suddetto. Se il capitolato stabilisse la facoltà di licenziamento per limiti di età, cioè per il *solo* fatto che il medico raggiunga una data età, il Comune si attribuirebbe un potere diverso da quello imperativamente stabilito dall'art. 34, un potere più ampio per un caso non previsto, anzi escluso implicitamente dalla legge.

Nè si può opporre che il Comune ha normalmente un potere di determinazione regolamentare anche per disciplinare i rapporti d'impiego. Anzitutto, è da osservare che, trattandosi di poteri attribuiti e disciplinati dalla legge, il Comune può eventualmente limitarli, regolandoli. Si ammette concordemente la efficacia di norme che importino autolimitazione dei poteri dell'ente locale. Questo concetto però non si può applicare, senz'altro, nel caso di *estensione* dei poteri. La potestà regolamentare del Comune è contenuta entro i limiti risultanti dalla legge e dai regolamenti generali. Ora, se, come si è visto, la legge con disposizione inderogabile circoscrive i casi del licenziamento, il Comune non può superare questi limiti nè con provvedimenti concreti, per casi singoli, nè con disposizione regolamentare, la quale sarebbe in contrasto con la legge e perciò inefficace, anche se approvata dalla G. P. A. in sede di tutela. Infatti l'art. 27 del regolamento sanitario 19 luglio 1906 n. 446, riferendosi al contenuto dei capitolati delle condotte medico-chirurgiche, indica tra gli obbietti che il capitolato deve disciplinare le modalità del concorso, le condizioni di ammissione dei

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

concorrenti, ecc., ma non accenna a quelli concernenti i motivi che possono legittimare il licenziamento.

Questo criterio è rafforzato dalla disposizione dell'art. 41 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, la quale specifica un motivo di licenziamento che ha particolare importanza ai fini della questione che esaminiamo. Dispone l'art. 41 che « il medico, il veterinario, il farmacista e la levatrice condotti, che siano riconosciuti *inabili* al servizio, possono essere dispensati » nei modi e con le forme dell'art. 38, cioè contestazione, ecc. Data l'ampiezza della forma dell'art. 34 del T. U. (motivi gravi) si può ritenere che la dispensa per inabilità al servizio non sia in sostanza un motivo nuovo di risoluzione del rapporto d'impiego; certamente però è una *specificazione* che giova a distinguere i motivi gravi disciplinari o comunque riferibili a colpe del medico dai motivi di inabilità fisica. Ora, l'art. 41, facendo questa notevole *specificazione*, ha dichiarato motivo legittimo di licenziamento la inabilità, escludendo l'*età*, la quale per sè stessa può non coincidere con la inabilità. In sostanza, l'art. 41 ha previsto la dispensa per casi di eventi incolpevoli, e, differenziandola dal licenziamento per motivi gravi, ne ha limitato la causa allo stato di inabilità effettiva, concreta. Ne rimane dunque esclusa *la età* che, se mai, può essere indice soltanto *presuntivo* di una minore idoneità.

Quindi, ritengo corretta la risoluzione del Consiglio di Stato in quanto dichiara che il Comune non può collocare a riposo d'autorità il medico condotto per limiti di età, ma soggiungo che il collocamento a riposo non sarebbe legittimo nemmeno nel caso in cui fosse previsto dal regolamento organico locale, trattandosi di una disposizione contraria alla legge e perciò inefficace.

L'altra riserva alla quale accennai in principio ha carattere prevalentemente formale. Dato il sistema della legge attuale, risultante cioè dalle disposizioni dell'art. 34 del T. U. e 41 del decreto 30 dicembre 1923 in rapporto al licenziamento e alle dispense dal servizio, si deve ritenere che l'art. 34 comprenda motivi gravi diversi da quelli dell'art. 41. La norma che concerne la risoluzione del rapporto per inabilità, cioè per uno stato di fatto incolpevole, è nell'art. 41 il quale, a questo fine, definisce *dispensa dal servizio* il contenuto del provvedimento. I motivi gravi previsti invece dall'art. 34 hanno essenzialmente carattere disciplinare e sono causa di licenziamento.

LXIX. — Perizie medico-legali.

Furono nominati due periti: l'uno d'ufficio, l'altro dall'imputato, per esame psichiatrico. Avendo dichiarato i periti di non essere completamente d'accordo, ne fu nominato un terzo. I periti presentarono *tre* relazioni distinte: l'uno concluse per la semi-infermità mentale; l'altro aggiunse a tale conclusione una dichiarazione per la quale si ammetteva che la infermità potesse essere totale qualora fossero seguite le direttive di nuovi studi suggeriti dal terzo perito prof. Ferrari. Questi, infine, concluse per la semi-infermità mentale che potrebbe essere anche totale. Fu dedotta la nullità della perizia per violazione degli art. 222 e 223 c. p. p. A norma di questi articoli, nominato il terzo perito, le operazioni eseguite sono rinnovate, — se occorre e sia possibile — ed ogni altra operazione ritenuta utile è eseguita congiuntamente dai tre periti. Il terzo assume l'ufficio di relatore, eccetto che i periti a maggioranza abbiano designato a tale ufficio un altro di loro. Il relatore redige e presenta al giudice nel termine stabilito la relazione motivata. Il perito dissenziente deve presentare contemporaneamente la propria relazione nella quale spiega i motivi del dissenso.

Ciò posto, si osservava, nel caso in esame, che una sola relazione avrebbe dovuto essere presentata, salvo quella di minoranza in caso di dissenso. Invece ne furono presentate tre.

La Corte di Cassazione, con sentenza 18 gennaio 1926, ric. Colognesi, ha considerato in fatto che, pur essendovi tre relazioni materialmente distinte, in realtà i periti si erano riuniti e che la relazione del terzo perito era il risultato dei suoi studi previ colloqui coi colleghi. Dice la sentenza: « Il codice di rito fa il caso più verosimile che i periti sostengano due tesi, sia pure opposte nelle conseguenze; ma è chiaro che, nel caso in cui ciascuno dei tre periti sia convinto di una tesi diversa da quella degli altri, non è possibile legalmente costringere uno dei tre a seguire il giudizio di uno degli altri colleghi sacrificando le proprie convinzioni scientifiche. È per questo che, regolato il caso normale, il legislatore non ha creduto di stabilire alcuna nullità per l'inosservanza di tali disposizioni ».

Nel caso così deciso dalla Corte di Cassazione quel che mancava in realtà è il dissenso dei periti, almeno un dissenso sostanziale: tutti e tre conclusero per la semi-infermità; due aggiunsero soltanto che questa poteva essere anche totale; al più occorrevano una relazione di maggioranza, che doveva essere estesa dal terzo perito, ed una di minoranza, per dissenso più formale che sostanziale, almeno stando a ciò che risulta dalla sentenza della Corte di Cassazione. Il procedimento che fu seguito non si può ritenere regolare anche se i periti si riunirono per prendere accordi. La Cassazione però ha detto che non essendo stabilita espressamente una nullità non può il magistrato dichiararla.

LXX. — Preferenze nei concorsi ospedalieri.

L'art. 18 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2841, modificando l'art. 31 della legge 17 luglio 1890 n. 6972 dispose così: « per la nomina dei primari specialisti degli ospedali, qualunque sia l'importanza dell'istituto, e per quella degli altri medici primari ospedalieri, quando si tratti di ospedale che abbia almeno 500 letti, è obbligatorio il pubblico concorso ». In relazione a questa norma, l'art. 4 della legge 17 giugno 1926 n. 1187 (*Gazz. Uff.*, 16 luglio) contiene la seguente disposizione aggiuntiva: « *A parità di merito sono preferibili*, tra i vincitori del concorso, quei concorrenti che già prestino servizio presso l'ospedale come assistenti o aiuti e che abbiano conseguito la nomina a tali posti in seguito a concorso anche se abbiano superato i limiti di età prescritti dal bando ».

Qui si tratta di preferenza non nella graduatoria ma agli effetti della nomina. Rimane però un dubbio: prevale la preferenza prevista dal citato art. 4 a quelle per benemerenze militari, estese alle nomine per gli impieghi degli enti locali dall'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923? Io inclino a ritenere che sia più efficace il titolo militare, perchè l'art. 9 del R. D. 30 settembre 1922 n. 1290, che è stato esteso agli enti locali dal citato decreto 24 settembre 1923, regolando l'ordine delle preferenze prevede anche il servizio lodevole prestato a qualunque titolo per non meno di un anno nell'amministrazione presso cui è indetto il concorso, ma lo pone al penultimo grado (lett. G) dell'ordine delle preferenze, cioè prima dell'anzianità, e dopo la invalidità di guerra, le ferite in combattimento, ecc., ecc. Si può obbiettare che la legge 17 giugno 1926 n. 1187, riferendosi ai concorsi ospedalieri previsti dall'art. 18 del R. D. 30 dicembre 1923 n. 2841, stabilisce una norma per casi determinati la quale, essendo posteriore a quella concernente le preferenze per titoli militari, deroga alla norma anteriore nei casi in cui quella è applicabile. Ma a me sembra che l'art. 4 non abbia questa efficacia. Esso è diretto a regolare i casi normali, cioè i concorsi pei quali i concorrenti siano in condizioni di eguaglianza, salva la preferenza per il servizio prestato, ma non considera il caso del concorso di più titoli di preferenza. Qui si tratta, ripeto, di regolare un caso di preferenze concorrenti, per il quale non c'è una norma nella legge 17 giugno 1926 n. 1187, si che si possa ritenere che la preferenza risultante dal servizio prestato prevalga a quella che nel citato art. 9 è posta in ordine anteriore. La questione è, certamente, discutibile. Nessun dubbio, invece, circa la efficacia assoluta della preferenza stabilita dalla legge 21 agosto 1921 n. 1312 a favore degli invalidi di guerra. In questo caso si tratta di preferenza assoluta, per la quale basta, agli effetti della nomina, nelle proporzioni stabilita dalla legge stessa e relativamente agli ultimi posti di ruolo, la dichiarazione d'idoneità, e non occorre quella della parità del merito. Si fa eccezione, s'intende, nel caso in cui il concorrente invalido abbia già un ufficio della stessa natura, perchè — come ha deciso correttamente il Consiglio di Stato con una sentenza recente, segnalata in questa rivista — la legge ha la finalità di provvedere all'assunzione obbligatoria degli invalidi di guerra disoccupati. Ma è certo che, qualora si tratti di ultimi posti di ruolo, il concorrente invalido dichiarato idoneo ha diritto alla nomina con preferenza assoluta su tutti, nelle proporzioni s'intende stabilite dalla legge.

Da ciò si può derivare un argomento non trascurabile a favore della tesi che io ritengo accettabile circa la efficacia del titolo militare nel caso di concorso di preferenze. Infatti, se l'art. 4 della legge 17 giugno 1926 si dovesse intendere nel senso che la preferenza da esso stabilita abbia efficacia prevalente perchè stabilita dopo e per casi speciali, si dovrebbe ritenere anche che la stessa preferenza sia prevalente a quella stabilita dalla legge 21 agosto 1921 per gli invalidi di guerra. Da un certo punto di vista, il caso è analogo, malgrado la efficacia diversa delle due preferenze; assoluta l'una, per un dato numero di posti, relativa (cioè a parità di merito) l'altra.

LXXI. — Aborto: nozione.

Il delitto di procurato aborto è costituito dalla dolosa interruzione del corso fisiologico della vita intrauterina, qualunque sia il grado di sviluppo a cui sia pervenuto il prodotto del concepimento. Non c'è reato nel caso in cui il feto, espulso per effetto di manovre abortive, avesse già perduto la sua vitalità per cause non incriminabili. Stabilendo questa massima la Corte di Cassazione, con sentenza 24 marzo 1926 ric. Faccioli, ha correttamente osservato che la legge non ha voluto tutelare solamente una vita intrauterina, cioè quella del feto giunto a completa maturità, ma anche quella costituita dall'ovulo fecondato ed in normale andamento di sviluppo fisiologico.

N. B. — *Ai quesiti degli abbonati si risponde direttamente per lettera. I quesiti debbono essere inviati, in lettera, accompagnati dal francobollo per la risposta e sempre indirizzati impersonalmente alla Redazione del « Policlinico », via Sistina, 14 - Roma (6).*

Le risposte ai quesiti che non richiedono esame di atti o speciali indagini, sono gratuite.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

MEDICINA SOCIALE.

L'azione sanitaria del Governo Fascista.

In un'intervista concessa dall'on. Federzoni, è detto:

Il Governo Nazionale, come ha cercato e cerca di curare la sanità spirituale e morale del nostro Paese, così ha voluto e vuole garentirne — anzi migliorarne — la sanità fisica.

Per ciò appunto si spiega come l'intervento diretto dello Stato nella lotta contro le malattie sciali — ed in specie contro la tubercolosi, la malaria, la lebbra, il tracoma, le malattie veneree — abbia rivestito in questi ultimi tempi il carattere e l'importanza di una vera e propria opera di ricostruzione sociale.

La costituzione dei Consorzi provinciali antitubercolari, rappresentanti il centro di coordinamento e di propulsione alla lotta, è stata effettuata ormai in tutte le provincie.

Lo svolgimento del programma in materia di grandi bonifiche, integrate dalle opere di piccola bonifica antimalarica, e quello relativo alle trasformazioni fondiarie di pubblico interesse, concorre ad accrescere e a consolidare i vantaggi sanitari già conseguiti dal nostro Paese.

La recente legge sulla lebbra; i molteplici provvedimenti, adottati per dare uno stabile e regolare assetto dei servizi di profilassi del tracoma e delle malattie veneree; la repressione del commercio abusivo di sostanze velenose aventi azione stupefacente; la disciplina delle specialità medicinali, intesa ad assicurare la serietà dell'industria, a vietare lo smercio di specialità immorali, e ad impedire ogni forma di pericolosa réclame; la regolamentazione dell'impiego dei gas tossici; la valorizzazione del nostro ingente patrimonio idro-minerale; la fissazione di una tariffa dei medicinali, per la vendita al pubblico e per la somministrazione ai poveri; l'attuazione, resa obbligatoria, di migliorie igieniche e sanitarie negli alberghi; lo sviluppo e l'impulso dato ai servizi di approvvigionamento idrico, per cui sono stati autorizzati circa duecentocinquanta milioni di mutui; le misure di prevenzione contro le epizoozie, e l'intensificazione della vigilanza sui prodotti alimentari di origine animale; segnano altrettante tappe vittoriose del nostro sicuro cammino.

E mi sia consentito di accennare particolarmente a due questioni, che molto hanno appassionato ed appassionano l'opinione pubblica: la lotta contro il cancro, e la riforma dell'assistenza infermiera negli ospedali pubblici.

Per la lotta contro il cancro lo Stato ha creato in Roma il R. Istituto Fisioterapico Ospitaliero di S. Maria e di S. Gallicano, destinato a svolgere un largo programma di indagine e di controllo, e a favorire nel miglior modo l'incremento di questi moderni metodi di cure fisiche che, in concorso con altre risorse terapeutiche, possono giovare contro il flagello dei tumori maligni.

Quanto alla riforma dell'assistenza infermiera, che si rannoda con un'altra veggente iniziativa di S. M. la Regina, è stata opportunamente disciplinata la creazione di scuole-convitto per infermiere professionali e per assistenti sanitarie visitatrici, in modo che le infermiere già diplomate serviranno a dare il personale necessario per lo svolgimento di una più proficua opera di propaganda e di profilassi in tutti i rami dell'attività umana, dalle fabbriche ai campi, dalle scuole agli ospedali, ai dispensari, ecc.

Misure di medicina sociale nella nuova legge di Pubblica Sicurezza.

La nuova legge sulla Pubblica Sicurezza contiene disposizioni in difesa della salute pubblica così illustrate nella relazione dell'on. Federzoni.

La lotta contro l'alcoolismo.

L'art. 84 riproduce, sostanzialmente, l'art. 50 del T. U. del 1889, già modificato dalla legge 19 luglio 1894, n. 331.

Due modificazioni si notano, raffrontando il nuovo Testo con quello dell'art. 50 vigente T. U. e, cioè, all'obbligo della licenza dell'autorità circondariale vengono assoggettate anche le rimesse di autoveicoli o di vetture e i luoghi di stallaggio; inoltre, l'obbligo stesso è affermato anche per gli enti collettivi e circoli privati, nei quali si consumino bevande alcooliche, ancorchè la vendita sia limitata ai soli soci.

La prima delle due modificazioni si limita a riprodurre, trasportandola nel testo della legge, una norma già dettata dall'art. 62 del Regolamento 8 novembre 1889, n. 6517, salvo, naturalmente, l'aggiornamento formale, reso necessario dal grande sviluppo impresso all'industria dei trasporti dall'automobilismo.

La seconda modificazione, quella che rende necessaria la licenza per gli enti collettivi e i circoli privati, è stata suggerita dal fatto che — principalmente per eludere i vincoli determinati dalla legge contro l'alcoolismo — si erano costituiti e si costituivano, in talune zone d'Italia, circoli ed associazioni allo scopo reale, se non all'unico scopo, di consumare bevande alcooliche.

L'art. 85 vieta la vendita ambulante di bevande alcooliche. La ragione ne è evidente.

La vigilanza di polizia sugli spacci ambulanti non potrebbe svolgersi con la necessaria efficacia e, d'altronde, i venditori ambulanti, spostandosi facilmente e rapidamente da località a località, colla speranza di smerciare più largamente la propria mercanzia dove si ritiene che il pubblico accorra più numeroso, potrebbero determinare spostamenti, anche notevoli, nella proporzione de-

gli spacci di alcoolici alla popolazione reale, possibilità, alla quale non potrebbesi in nessun modo porre serio riparo e le cui pericolose conseguenze non fa mestieri accennare.

Gli articoli 95 e 96 riproducono l'ultimo comma dell'art. 3 della legge 19 giugno 1913, n. 632.

Nel secondo di detti articoli si nota una importante innovazione. La Commissione provinciale, cioè, oltre alle distanze tra esercizi pubblici di bevande spiritose e gli ospedali, cantieri, officine, scuole e caserme, dovrà stabilire anche la distanza minima da intercedere tra gli esercizi stessi.

Con questa innovazione vien colmata una evidente lacuna. Gli scopi della legge, la difesa, cioè, contro l'abuso degli alcoolici, non potrebbero essere conseguiti, almeno in maniera efficace, solo limitando il numero complessivo degli spacci, quando si consentisse che gli spacci stessi possano sorgere in prossimità e quasi in immediata adiacenza l'uno dell'altro, come, purtroppo, si è verificato in qualche centro d'Italia. Ciò, a prescindere da considerazioni di polizia generale, che sconsigliano la eccessiva frequenza di spacci come osterie, bettole, bars, caffè e simili.

L'art. 97 riprende il precetto contenuto nell'art. 55 del T. U. vigente, modificandolo, in parte, per fornire all'autorità di pubblica sicurezza un valido mezzo di repressione sulla speculazione delle licenze di pubblico esercizio.

Come il vigente art. 55, infatti, il nuovo articolo 97 dispone che la chiusura di un esercizio per oltre otto giorni, senza avviso all'autorità locale di P. S., importa decadenza della licenza. Soggiunge, poi, il nuovo articolo che la chiusura, protratta oltre il termine notificato all'autorità di pubblica sicurezza e che, salvo i casi di forza maggiore, non potrà superare i tre mesi, importa, del pari, la decadenza della licenza.

Si è avuto, infatti, occasione di rilevare che, non infrequentemente, esercenti pubblici, intenzionati o costretti a cessare dal loro commercio, pur chiudendo l'esercizio, trattengono la licenza a tempo indeterminato, col pretesto di riaprire più tardi l'azienda, ma, in realtà, con la speranza di fare una apparente cessione dell'azienda, già chiusa, dietro la quale celare la concessione della licenza, che, come si veduto, è personale ed intrasmissibile e la cui concessione è sottoposta al limite numerico indicato nell'art. 93 dello schema in esame.

La protezione della maternità.

L'art. 113, in relazione alla lotta ingaggiata dal Governo Nazionale contro la propaganda neomalthusiana, espressamente dichiara che agli effetti di legge sono considerati offensivi della morale e del buon costume gli scritti, stampati, incisioni, litografie, figure, disegni, iscrizioni, oggetti di plastica o di altro genere che divulgano i mezzi per impedire la fecondazione o per interrompere la gravidanza, illustrano l'impiego e forniscono comunque indicazioni sul modo di procurarseli o di servirsene, ancorchè ciò sia fatto in forma indiretta e sotto il pretesto terapeutico o scientifico.

In relazione, poi, al divieto sancito nell'articolo precedente di propaganda delle teorie neo-malthusiane e di reclame dei mezzi antifecondativi e simili, si è, nel quarto comma di questo articolo, stabilito che non sia, in ogni caso, consentita l'affissione o distribuzione in pubblico di stampati o manoscritti concernenti tali argomenti.

Altre disposizioni opportune concernono la difesa della pubblica morale (lotta contro la pornografia, annunzi sui giornali, ecc.).

Cronaca del movimento professionale.

Vittoria di un sanitario.

In una causa promossa dal medico condotto di Nichelino (provincia di Torino), contro il Comune, che, malgrado i patti di capitolato-tipo approvati, negava l'alloggio gratuito o una congrua indennità e la concessione del caro viveri, il Ministero dell'Interno definitivamente sentenziava che il Comune di Nichelino, avendo precedentemente adottato il capitolato-tipo, sopprimendo poi nel febbraio 1925 l'indennità c.-v. e il diritto di alloggio gratuito, veniva meno all'osservanza del capitolato stesso, le cui disposizioni dovevano per deliberato della Giunta provinciale Amministrativa rimanere inalterate.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ACUTO (*Roma*). — Al 40° giorno dal 25 ott. Vedi fasc. 46.

ALESSANDRIA. — Pel sobborgo Valmadonna; lire 7000 e 4 quinquenni dec.; addizion. L. 4 oltre il 5 % popolaz.; c.-v.; L. 300 (*sic*) uff. san.; L. 300 supplenza; L. 500-1800 cav.; età lim. 40 a. Serv. entro 15 gg. Scad. 30 nov.

ANDRETTA (*Avellino*). — Scad. 30 nov.; L. 6000 (*sic*) iniziali; età lim. 35 a.; tassa L. 50.15.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. anitarî. Scad. 15 dic. Vedi fasc. 46.

CAVRIGLIA (*Arezzo*). — Scad. 30 nov.; L. 9000 e un c.-v.; trasp. L. 3000; età lim. 40 a.; tassa L. 50,15.

CISTERNINO (*Bari*). — Scad. 30 nov.; L. 10.000; età lim. 40 a.; tassa L. 50; pov. circa 400; collina (400 m.).

CLUSONE. *Ospedale Civile.* — A tutto il 15 dic., primario chirurgo direttore radiologo (*sic*); lire 15,000 comprensibili (*sic*) le indenn. c.-v.; biennio di prova. Docum. alla Segreteria della Congregazione di Carità.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — Al 10 dic., chirurgo direttore del Civico Ospedale; docum. al Protocollo. Età mass. 45 a. Certificato voti esami speciali. Tassa L. 50,25.

Stip. L. 15.000 e 5 quadrienni dec., oltre L. 1200 c.-v. e 50 % operaz. abbienti; assicuraz. Chiedere annunzio.

FOGGIA. *R. Prefettura.* Ufficiali sanitari. Scad. 7 dic. Vedi fasc. 46.

FORLÌ. *Ospedale Civile G. B. Morgagni.* — Al 10 dic., ore 18, assistente Sez. Medica; L. 3500 annue e partecipaz. onorari, vitto nei gg. di guardia; alloggio, biancheria, ecc. Età mass. 30 a. Tassa L. 50. Chied. ann. alla Congreg. di Carità.

GERA (*Como*). — Scad. 25 nov.; Consor. 5 Com.; ab. 2491; L. 10,000 iniziali, oltre L. 900 uff. san. e L. 500 ambul.; quota capitaria oltre 400 pov.; tassa L. 50.

GRIZZANA (*Bologna*). — 1° rep., al 25 novembre; L. 9800 base; età lim. 35 a. Serv. entro 15 gg.

MACERATA CAMPANIA (*Caserta*). — Scad. 15 dic.; L. 7000; trasp. L. 2400; limite età 45 a. Tassa L. 50.10. Schiar. Segreteria Comunale.

OFFIDA (*Ascoli Pic.*). — Scad. 30 nov., 1ª cond.; L. 8000 oltre L. 500 serv. att.; L. 300 assist. detenuti; L. 700 uff. san.; assistentato in clinica od ospedale del Regno; tassa L. 50.15.

PATERNÒ D'ANCONA (*Ancona*). — A tutto 15 dic.; ab. 1455; pov. 267; L. 9000 e 5 quadrienni dec.; 15 % stip. indenn. serv. att.; L. 500 uff. san.; L. 2000-3000 trasp.; età lim. 35 a.; serv. entro 15 gg. Chiedere annunzio.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Stip. L. 10,500 lorde pei primi 1000 pov.; per ogni pov. in più L. 4; quattro aumenti quadriennali; L. 400 per uff. san. Documenti di rito e vaglia L. 50.15. Scadenza 16 dicembre.

REGGIO CALABRIA. *Istituto Diagnostico dell'Associazione Naz. per gli Interessi del Mezzogiorno.* — Medico radiologo; titoli; anno di prova; stip. L. 10.000; percentuali 30 % entrate lorde, oltre eventuali entrate. Chiedere schiarimenti Direttore Istituto.

REGGIO EMILIA. *R. Prefettura.* — Scad. 30 nov., ore 17; uff. san.; L. 18.000 e 5 quadr. dec.; ind. c.-v. ordinaria; detta suppletiva di L. 4000. Domanda all'Ufficio Sanitario Provinc.

SALIZZOLE (*Verona*). — A ore 17 del 30 nov.; L. 8000 e 4 quinq. dec. oltre L. 1600 c.-v.; Lire 1000-3000 trasp.; L. 700 uff. san.; L. 200 ambul.

S. POLO DE' CAVALIERI (*Roma*). — L. 10,500 e 5 quadrienni dec., oltre un c.-v. in L. 1200; addiz. L. 4 oltre i 1000 pov. Tassa L. 50. Se uff. san. L. 400; per l'arm. farm. L. 300. Chiedere ann. Scad. 50 gg. dal 1° nov.

SCORZÈ (*Venezia*). — Scad. 30 nov.; 1° rep.; L. 8500 oltre c.-v., mezzo trasp., ecc. Tassa Lire 50,10.

TORRE ROVERI (*Bergamo*). — Scad. 30 nov. Consor. 3 Com.; ab. 3246; collina; pov. 250; L. 6500 (*sic*) residenz., L. 2500 trasp., L. 630 uff. san., un c.-v., 5 quinq. dec.

TREVIOLO (*Bergamo*). — Scad. 12 dic. Consor. 4 Com.; ab. 4327; pov. 200 circa; L. 6000 (*sic*) e 5 quinquenni; addizionali capitarie; L. 500 trasporto; L. 300 amb.; c.-v.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario specialista Reparto Dermoceltico; titoli ed eventualm. esami; L. 5000 e compensi tariffa; escluso ogni altro assegno: serv. att., aumenti periodici, ecc. Scad. 30 dic.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Chirurgo assist. straord. Scad. 30 nov. Vedi fasc. 46.

Aiuto nella Sez. Tubercolosi (in Isola di Sacca Sessola; L. 4800 oltre L. 1500 disag. resid.; alloggio e vitto; L. 25 per ogni lezione agli infermieri; titoli ed esami, nom. biennale, conferma di un anno. Tassa L. 50 al Tesoriere. Età mass. 35 a. Chied. annunzio. Scad. ore 17 del 10 dic.

CONCORSI A PREMI.

Premio Baccelli.

È aperto, presso la R. Università di Roma, il concorso a un premio Baccelli, consistente in una medaglia d'oro *al merito clinico.*

Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia, appartenenti alla classe dei Professori ed Assistenti universitari o addetti ai servizi di uno qualsiasi fra gli Ospedali italiani.

Le istanze per ammissione al concorso (su carta bollata da L. 2) debbono essere presentate, insieme con il certificato comprovante la qualità di cui al precedente articolo, al Rettore della Università, non più tardi del 15 dicembre. Alle istanze debbono essere uniti lavori e pubblicazioni nel ramo della clinica medica o della terapia medica.

La Commissione composta di cinque membri, fra i quali saranno compresi i Professori di Clinica medica, di Patologia medica, di Farmacologia, e un libero docente della Facoltà, in rappresentanza, ove sia possibile, dell'Istituto Nazionale medico-farmacologico, prenderà in esame i lavori e le pubblicazioni presentati dai candidati e indicherà, possibilmente non più tardi del 1° febbraio 1927, il nome del vincitore, riferendo brevemente, con apposita relazione, le ragioni che l'hanno indotta all'assegnazione del Premio.

Gli atti della Commissione sono sottoposti alla revisione del Consiglio della Facoltà di Medicina e Chirurgia e del Senato Accademico.

Fondazione Colasanti.

È aperto, presso la R. Università di Roma, un concorso a un premio della Fondazione Colasanti fra i laureati in medicina e chirurgia. Possono concorrere i laureati in medicina e chirurgia in detta Università durante l'ultimo quadriennio scolastico; debbono comprovare d'aver seguito l'intero corso universitario in detto Ateneo.

Le istanze (in carta bollata da L. 2) dovranno essere presentate, col relativo certificato di laurea, al Rettore non più tardi delle ore 12 del 30 novembre.

Al concorso dovranno presentarsi una o più memorie originali a stampa, trattanti argomenti di farmacologia sperimentale; esse dovranno essere consegnate nel Rettorato non più tardi delle ore 12 del giorno 1° giugno 1927.

Il concorso sarà deciso nel mese di luglio 1927: il premio sarà di L. 1000 e verrà pagato al vin-

citore in otto rate uguali mensili posticipate, per ritirare le quali il vincitore dovrà esibire un attestato di diligenza da rilasciarsi dal professore di farmacologia sperimentale, nella quale materia il vincitore ha l'obbligo di perfezionarsi.

Il vincitore che avrà goduto il premio non potrà essere nuovamente ammesso a concorrere nei venturi anni al premio stesso.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Sono trasferiti i proff.: Bianchini Giuseppe, di medicina legale, da Cagliari a Bari; Castaldi Guido, di anatomia umana sistematica, da Messina a Cagliari; Piras Luigi, d'igiene e batteriologia, da Cagliari alla cattedra d'igiene, polizia medica e batteriologia di Parma.

Alla cattedra di medicina legale di Messina sono risultati: 1) Dalla Volta Amedeo; 2) Benassi Giorgio; 3) Falco Giuseppe.

Al posto di ufficiale sanitario direttore dell'ufficio d'Igiene del Comune di Milano è risultato il prof. Andrea Scarpellini, aiuto nell'Istituto di Igiene della R. Università di Padova. Congratulazioni.

NOTIZIE DIVERSE.

Il Congresso nazionale contro la tubercolosi.

Riceviamo:

La Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi ha riunito ad un primo riuscitissimo Congresso, lo scorso anno in Napoli, tutte le forze vive, scientifiche e tecniche che si annoverano in Italia per la lotta antitubercolare.

All'appello dell'autorevole Presidente della Federazione on. prof. Paolucci e del Presidente del Comitato organizzatore prof. A. Ferrarini risposero prontamente da ogni parte dell'Italia quanti si occupano di questi studi ed il Congresso di Napoli con la mostra annessa riuscì ad una interessantissima dimostrazione di quanto in Italia si era fatto, quanto si era studiato, quanto era stato ideato per un prossimo futuro allo scopo di combattere sempre più efficacemente il gravissimo flagello della tubercolosi.

Apparve a Napoli evidente di quanta utilità siano questi Congressi e parimenti quanto opportuna sia stata l'idea di una mostra, dimostrativa praticamente di quanto già realizzato: che non può facilmente essere descritto con la sola esposizione orale, e ben si comprende come la Federazione con plauso di tutti gli aderenti, abbia deciso che un secondo Congresso (pure con mostra annessa), abbia luogo a Milano, ove il Consorzio Provinciale Antitubercolare e la Amministrazione Provinciale che svolgono da anni una attiva azione antitubercolare e la civica Amministrazione, hanno accolto con vivo compiacimento tale designazione dando subito i più completi affidamenti perchè venga accolto degnamente in Milano il secondo Congresso nazionale contro la tubercolosi.

Siamo certi che tutti gli studiosi di questi problemi vorranno nuovamente rispondere all'appello per il secondo Congresso che avrà luogo a due anni dalla data del primo di Napoli, e vorranno quindi portare a Milano i risultati dei loro studi recenti, le notizie delle opere ultime attuate in Italia nonchè di quelle che avranno avuto occasione di osservare all'estero, e si raccoglieranno con piacere per uno scambio di idee; il quale dovrà necessariamente riuscire utile e per impostare sempre meglio e più efficacemente in ogni provincia d'Italia la lotta contro un morbo che è una delle più gravi cause attuali di mortalità e sopratutto di debolezza nell'organismo sociale che deve ad ogni costo tendere a liberarsene.

La sede del Comitato ordinatore del Congresso è presso il Consorzio Provinciale Antitubercolare di Milano, Palazzo della Provincia, via Monforte 31.

Beneficenza.

Il rag. Antonio Nava, morto giovanissimo a Lecco, ha lasciato mezzo milione di lire a quella Congregazione di Carità, altrettante a quel Ricovero vecchi poveri Muzi, altrettante per fondare un asilo infantile che porterà il suo nome.

Un lascito di 200.000 lire, fatto dal defunto avv. Virginio Matteotti a favore degli inabili al lavoro di Sassuolo (Modena), è stato, in seguito a convenzione, affidato alla locale Congregazione di Carità.

La ditta Wassermann di Milano, vagliati gli scopi che si prefigge l'Associazione Nazionale Antitubercolare Medici Condotti, presieduta dal dott. Fatichi, ha posto a disposizione dell'Associazione stessa la somma di L. 25.000, pagabile in base a L. 5000 annue, a partire dal 1° gennaio 1927, affinchè al medico condotto sia facilitata e posta su di un piede più vasto l'organizzazione per la tutela della salute pubblica del popolo italiano.

Corso di tisiologia.

Sarà tenuto a Barcellona dal prof. L. Sayé con la collaborazione dei dottori P. Domingo, F. Ferrando, P. de March, F. Mirabell, S. Piera, T. Seix, dal 10 gennaio all'11 aprile 1927. Diritti di matricola: 150 pesetas (per gli studenti metà). Le iscrizioni si ricevono al « Servicio de Asistencia Social a los Tuberculosos », Calle de Radas n. 24; oppure alla « Diputación provincial, Departamento de Sanidad ». A richiesta s'invia programma dettagliato a stampa.

Scambi colturali.

I proff. Wilhelm His, clinico medico di Berlino, e Ferdinand Sauerbruch, clinico chirurgo di Monaco, si sono recati a Riga per tenervi delle conferenze.

Viaggio internazionale di studi medici.

Organizzato dalla « Société Médicale du Littoral Méditerranéen (Nizze, rue Longchamps, 5) avrà luogo dal 15 al 24 dicembre. Le iscrizioni si ricevono all'« Office du Tourisme Français » (Paris, 8, rue du Surène, 17); per informazioni scrivere personalmente al presidente della Società, Maurice Faure, rue Verdi 24, Nizza.

Nuovo ospizio marino nell'Uruguay.

Il dott. Alessandro Callinal ha donato una somma corrispondente ad oltre 7 milioni di lire it., con la quale verrà costruito un ospedale marittimo per bambini, a Carrasco, nell'Uruguay.

Museo storico della medicina Wellcome.

È stato riaperto con solenne cerimonia il 14 ottobre.

Il Museo ha sede a Londra (W. 1, Wigmore Street 54-A) e comprende varî reparti: medicina preistorica, magia, terapia religiosa, alchimia, farmacia, medicina militare, chirurgia, ecc.; l'arte medica nei vari popoli, ricostruzioni (di camere operatorie, di camere da parto, di negozi di farmacia, tra cui una farmacia italiana del 16° secolo), una galleria di quadri, una hall di statuaria, una biblioteca, ecc.; ne fanno parte cimeli preziosi, di Lister, di Galvani, ecc.

Il Museo venne fondato grazie alla munificenza del sig. Hanrey S. Wellcome (della Casa farmaceutica omonima) nel 1913; da allora è venuto sempre più ingrandendosi, e ciò ha reso necessario di riorganizzarlo: a tale scopo è rimasto chiuso per circa un anno.

Alla cerimonia di riapertura furono tenuti discorsi da sir Humphry Rolleston, clinico medico di Cambridge, sir Arthur Weith, conservatore del Museo, sir Frederick Kenyon, direttore del Museo Britannico, sir D'Arey Power.

Fu inviato un voto di plauso al fondatore, pel tramite di C. M. Wenyon, noto scienziato che dirige il Wellcome Bureau of Scientific Research, altra grandiosa istituzione della Casa Willcome.

Per la stampa medica italiana.

Allo scopo di precisare quali sono i periodici medici, pubblicati in Itàlia, realmente « italiani », e per iniziativa di un gruppo di medici e direttori di periodici di indiscutibile « italianità », è stata costituita in Milano,shrdluh rdluou uon uo una Commissione che ha iniziate i propri lavori di esame accurato e di indagini.

Verranno compilati fra breve gli elenchi dei periodici medici indubbiamente « italiani », distinti per materie, per regioni ove si pubblicano, ecc. fino a raggiungere una elencazione completa di Stampa Medica Italica, che sarà segnalata a tutti gli industriali del campo sanitario, agli Enti culturali, ecc.

Informazioni e schiarimenti potranno ottenersi da chiunque presso i seguenti periodici: « Avvenire Sanitario » (Corso Porta Nuova, n. 34, Milano); « Medico Italiano » (Via S. Paolo, n. 10, Milano); « Rivista di Terapia Moderna e Medicina Pratica » (Via Stradella, n. 4, Milano); mentre è già assicurata la adesione della maggioranza dei periodici medici « italiani ».

Associazione della stampa medica belga.

Ha tenuto l'assemblea generale statutaria il 17 ottobre, presso la « Fondation Universitaire » di Bruxelles.

Si è proceduto alla nomina delle cariche per il 1926-27; sono risultati: presidente L. Mayer; vicepresidente Watry; segretario generale B. Beckers; tesoriere J. Rosenthal; membri: Ide, Voncken, Delchef, De Kelser, de Nobeche; consigliere giuridico avv. G. Janssen; Consiglio di famiglia: Dejace, Brouha e Beckers; il dott. Dejace è nominato membro onorario.

In seguito alle recenti deliberazioni della Società delle Nazioni, l'assemblea ha deciso che i soci siano liberi di trattare con Ditte tedesche per la pubblicità.

L'assemblea ha deciso di partecipare al Congresso della Stampa Medica Latina, che si terrà a Parigi nell'aprile 1927, e di farvisi rappresentare dal suo presidente.

Ha incaricato il dott. Voncken di rappresentarla alle Giornate Mediche di Montpellier.

Ha votato ad unanimità la seguente risoluzione: « L'A. P. M. B., in presenza dell'elevazione costante dei prezzi della carta, della mano d'opera e delle spese generali, decide che è necessario di elevare la tariffa degli abbonamenti ai periodici medici. Stima che un aumento minimo del 50 % è imposto dalle circostanze ».

L'assemblea ha nominato alcuni soci corrispondenti, tra cui due italiani: prof. Ascoli (Roma) e prof. Ferrannini (Napoli).

Nel giornalismo medico.

Gli « Acta Psychiatrica et Neurologica » sono stati fondati da un gruppo di psichiatri e neurologi della Svezia, Norvegia, Danimarca, Finlandia e Olanda. Redattore-capo ne è il dott. K. H. Krable, Osterbrograde 21, Copenaghen.

Missione Italiana nell'America Meridionale.

Il prof. Giulio Alessandrini, dell'Università di Roma, e il dott. Arnaldo Pozzi, suo assistente, sono stati incaricati dal « Departamento Nacional de Hygiene » (Direzione Generale della Sanità Pubblica dell'Argentina) di studiare la diffusione della malaria nell'interno del Paese e di avanzare proposte concrete per la profilassi. I due valorosi sanitarî hanno esperito il loro compito e hanno presentato una dettagliata e documentata relazione.

Essi sono stati poi invitati ufficialmente anche dal governo della Bolivia, per studiare l'organizzazione di un piano di difesa antimalarica in questo Paese, nel quale si sono recati a metà novembre.

Prossimamente faranno ritorno in Italia.

I medici della Germania.

Dal « Reichs-Medizinal-Kalender », che rivede per la prima volta la luce dopo la guerra a cura del prof. Julius Schwalbe, il dott. Prinzing di Ulm, noto statistico medico, ha desunto i seguenti dati, consegnati nella « Deut. Med. Woch. ».

Il numero totale di medici esercenti al principio del 1926 in Germania risulta di circa 45,000, per una popolazione di circa 63 milioni, il che corrisponde a 7.1 medici ogni 10,000 abit., mentre nel 1913 erano 34,000, ossia 5.2 ogni 10,000 abit.

Nella Grande Berlino (cioè compresi i centri aggregati) si contano 5513 medici, oltre 1121 dentisti; di essi il 34.5 % figurano come specialisti, cioè: 381 dermato-venereologi, 248 chirurgi, 229 ostetrico-ginecologi, 177 neuro-psichiatri, 174 otorino-laringologi, 147 pediatri, 145 oftalmologi, 66 gastro-enterologi, 16 specialisti per le malattie di petto, 318 in vari altri rami della medicina.

V'è un sensibile aumento di medichesse: queste sono ora 1627, contro 195 del 1913; 1397 di esse esercitano la professione libera; quasi tutte sono accentrate nelle grandi città; a Berlino se ne contano 314; quasi tutte esercitano la medicina generale; sono però registrate 116 pediatre, 43 ostetrico-ginecologhe, 28 specializzate in pediatria e ostetrica-ginecologia, 28 oftalmologhe, 27 dermato-venereologhe, 15 neurologhe, 6 chirurghe, 2 otorino-laringologhe, 27 specializzate in malattie interne e varie.

Solidarietà professionale.

Il Consiglio amministrativo dell'Ospedale Britannico di Parigi (Hertford British Hospital) aveva licenziato un interno. Tutto il personale medico, eccettuato un medico francese, inoltrò al Consiglio domanda di riassumere l'interno; e non essendo stato esaudito rassegnò le dimissioni. Un Comitato *ad hoc* eseguì un'inchiesta obbiettiva, dalla quale risultò che il licenziamento non era giustificato; la relazione fu trasmessa al Consiglio, ma questo fu irremovibile. L'Associazione Medica Britannica ha assunto in appello la pratica ed è giunta alla conclusione che l'organizzazione dell'Ospedale dev'essere cambiata e l'interno dev'essere riabilitato. La questione è stata portata anche alla Camera dei Comuni; in esito alla discussione, si è stabilito che nessun medico inglese presterà servizio, d'ora innanzi, nel suddetto ospedale.

Un processo giudiziario.

Il dott. Andrea Colin, valente specialista di psichiatria infantile, insegnante di pedagogia fisiologica all'Università di Parigi, era stato incaricato di studiare gli alunni di una Scuola per tardivi a Suresnes, nel suburbio di Parigi. Egli trovò che molti di quei soggetti erano eredoluetici e indusse il municipio a istituire un dispensario per curarli. Il dispensario fu affidato alla dott.ª Tobolowska, allieva del Colin, la quale praticava delle iniezioni arsenobenzoliche, la cui natura veniva però tenuta riservata, per rispettare il segreto professionale.

Si produssero uno o due lievi accidenti; il direttore della scuola ne trasse motivo per denunziare al Prefetto della Senna la Tobolowska, accusandola di compiere degli esperimenti pericolosi sui fanciulli. I genitori di questi si associarono, come parti lese. Si aprì un'inchiesta giudiziaria, in cui venne coinvolto il Colin; si sono compiute numerose perizie; infine dopo molti mesi si è svolto il processo giudiziario, che ha portato all'assoluzione piena dei due sanitari. In esito a questo processo il direttore della Scuola è stato licenziato.

Il sen. Giordano.

Il sen. prof. Davide Giordano, direttore dell'Ospedale Civile di Venezia, è stato aggredito e ferito ripetutamente ma per fortuna non gravemente da uno squilibrato che ha voluto vendicarsi per non essere stato ricoverato nell'ospizio cronici e che lo aveva scambiato col presidente della Congregazione di Carità, il quale aveva rifiutato la sua ammissione.

All'illustre chirurgo e scienziato, che onora la famiglia sanitaria italiana, esprimiamo il nostro profondo rincrescimento per la malvagia e stupida aggressione.

In memoria di Thomas Jonnesco.

Nel grande anfiteatro della Facoltà Medica di Parigi si è tenuta una riunione per commemorare il prof. Thomas Jonnesco di Bucarest, valoroso chirurgo, organizzatore dell'Associazione degli studenti rumeni in Francia e dell'Associazione dei medici rumeni di Parigi. Alla cerimonia parteciparono spiccate personalità della medicina francese.

Si è spento il prof. VICTOR BABES, di anatomia patologica a Bucarest, notissimo per i suoi studi sulle malattie da ematozoi dei bovini, ormai note col nome di *babesioni*, come pure per i suoi studi sulla rabbia e in altri campi della microbiologia.

R. B.

È morta a Luchon la baronessa ENRICA DE ROTHSCHILD, presidente della Sezione di propaganda della Lega contro il cancro.

È morto a 41 anni GASTON DANNE, di un'anemia contratta manipolando le sostanze radioattive nel Laboratorio di esame che egli dirigeva a Gif.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Ann. di Ost. e Gin., 31 mar. — E. COVA-R. COSTA. Sinfisiectomia parziale alla Costa.

Deut. Med. Woch., 7 mag. — KAPPIS. Organizzazione e funzionam. di una sala operatoria.

Gaz. d. Hôp., 5 mag. — P. DELBET. Le varici.

Quarterly Journ. of Med., apr. — P. H. PERCIVAL e C. P. STEWART. Variazioni patologiche nel calcio del siero. — E. B. MAYRS. Patologia funzionale delle nefriti. — J. M. H. CAMPBELL. Ittero acolurico e morbo di Wilson.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 2 mag. — C. BORETTI. Uremie da cause extrarenali.

Ann. Inst. Pasteur, apr. — P. REMLINGER e J. BAILLY. Sul virus erpetico.

Boston Med. a. Surg. Journ., 29 apr. — M. SCHAM. La fatica cronica dello scolaro.

Bull. Acad. de Méd., 27 apr. — H. HARTMANN. La sierodiagn. del cancro.

Welfare, mag. — P. L. SCHROEDER. Applicazioni pratiche dell'igiene mentale.

Journ. de Méd. de Lyon, 5 mag. — Numero sul diabete.

Prensa Méd. Arg., 10 apr. — E. GÉRANDEL. Circolazione arteriosa dei cardio-renali.

Journal A. M. A., 24 apr. — W. P. PHILLIPS. Il medico e il paziente dell'avvenire. — J. A. MURPHY. Eziologia dei tumori. — W. H. MAUWARING. Rapporti tra anafilassi e immunità.

Soc. Méd. d. Hôp., 6 mag. — P. VALLERY-RADOT e al. Urticaria e riserva alcalina. — A. LERY e M. CECONTÉ. Macrogenitosomia.

Arch. de Méd., Cir., ecc., 8 mag. — J. SANCHIS BAIMS. Fisiopatol. gener. dell'olfatto e del gusto.

Giorn. d. Med. Prat., apr. — A. BOLAFFI. Manifestaz. pleuriche e polmonari nella febbre di Malta.

Arch. Argentino d. Enferm. Apar. Digestivo, ecc., 3. — C. BONORINO UDAONDO e L. I. SANGUINETTI. Algie funzionali del colon terminale. — R. SOLÉ e J. BACIGALUPO. Tumore infiammatorio paraintestinale d'orig. amebica. — H. GONZALEZ. Ernia diaframmatica.

Riv. di Patol. nerv. e ment., 15 mag. — G. B. BELLONI. Istologia della nevrite sperimentale « a frigore ». — V. M. BUSCAINO. Patogenesi della encefal. epid. e delle sindromi post-encefalit.

Arch. App. Digest., ecc., apr. — M. LABBÉ e al. L'equilibrio minerale nei sani e nei diabetici.

Bull. Ac. de Méd., 4 mag. — A. VANDREMER. Vaccinaz. antitubercol. della cavia.

Journ. A. M. A., 1 mag. — E. FRANCIS e D. MOORE. Morbo di O' Hara e tularemia. — C. C. JOUNG e P. F. ORR. Dosaggio della tossina per l'immunizzazione contro la scarlattina.

Mediz. Klinik, 14 mag. — F. PELS LEUSDEN. Trattam. dei flemmoni.

Paris Méd., 15 mag. — Numero sulle malattie del fegato, del pancreas e del perit.

Arch. de Méd., Cir., ecc., 15 mag. — J. GONZALEZ CAMPO. Ectasia cecale cronica.

Proc. R. Soc. Med., mag. — Discussione sul controllo delle mal. infett. — Casistica.

Arch. Ital. di Dermat., ecc., feb. — T. VENTURI. Bacillo del Radaeli. — M. TRUFFI. Patol. e terapia della sifil.

Giorn. di Batteriol., ecc., apr. — A. BESREDKA. Compito sensibilizzante della bile nell'infez. e nell'immunizzaz. — C. GAMNA e C. GIORDANO. Vaccinazione antitubercolare dell'uomo.

Journ. Nerv. a Ment. Dis., mag. — A. PATTERSON e al. Il luminal nell'epilessia. — J. N. NIELSSEN. Vagotonia e reazioni ipoglicemiche.

Giorn. Ital. di Dermat., ecc., apr. — Resoconto del Congresso di dermosif.

Riv. San. Sic., 15 mag. — Numero sul Congresso med. cal.-siculo.

Folia Gynaec., 3. — P. BADINO. Influenza ormontrofica dell'utero sull'ovaio. — D. FERRACCIN. Funzionalità pancreatica nella gravida.

Acta dermato-venereol., VII. — S. CLÉMENT. Sifilide traumat. delle ossa e dei tegumenti. — F. KOGOJ. Artrodermie e sclerodermie.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 29 Novembre 1926 — Fasc. 48

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

I CONGRESSI DEL GIORNO.

XXXIII Congresso della Società Italiana di Chirurgia.

Padova, 25-28 ottobre 1926.

Nella magnifica Aula Magna della vetusta Università di Padova il presidente della Società, prof. M. DONATI, nella mattinata del 25 ottobre 1926, porse il saluto augurale a tutti i numerosissimi convenuti. Egli iniziò il suo dire ringraziando il Rettor Magnifico dell'ospitalità accordata, ed invitò i presenti ad un istante di raccoglimento in omaggio alla memoria del compianto prof. L. Lucatello. Seguitò il discorso mettendo in rilievo il cammino parallelo della medicina e della chirurgia, dimostrato dalla vicinanza scientifica dei temi di relazione delle due Società e l'utilità delle sedute in comune. È necessario che il medico sappia quello che la chirurgia può dare; è bene che il chirurgo non sia solo l'artefice della mano, bensì un medico che cura i morbi con mezzi chirurgici. Ma anche per un'altra ragione lo scambio delle idee medico-chirurgiche è necessario: è necessario, oggi più che mai, radunare ogni tanto le fila sull'enorme lavoro compiuto, e riassumere in breve sintesi il lavoro delle diverse indagini e quello delle diverse specialità, le quali non debbono essere elementi disgregabili della Scienza, ma solo quantità transitorie a beneficio della Clinica. Questa è la imagine da tenere sempre dinanzi agli occhi della mente, e non solo nella ricerca di singoli elementi morbosi di un'affezione; ma nello studio della personalità dell'individuo concepito come tutto un insieme.

Il prof. DONATI chiude il suo dire rievocando la figura del Bassini, ed inneggiando al Re, al Duce, al Ministro della Pubblica Istruzione.

*
* *

Seguì lo scoprimento del busto ad Edoardo Bassini. Il Magnifico Rettore, prof. on. E. BODRERO, prese in consegna l'opera d'arte, ricordando ed esaltando la figura del geniale chirurgo. Del quale merito precipuo fu, oltre la sua schietta italianità dimostrata anche sui campi di battaglia (Bassini combattè con Garibaldi), l'aver — con la sua geniale operazione — restituito veramente al lavoro, alle famiglie ed al paese un gran numero di cittadini validi. Così Bassini mostrava quella multiformità così caratteristica degli italiani, che oggi per l'opera del Duce è stata rimessa in piena e meridiana luce. Il busto di Bassini adunque innalzato nella Università fatta nuova per opera del Duce, inciterà tutti gli italiani a nuove e più feconde scoperte.

Il prof. CASAGRANDI esprime, a nome della Facoltà Medica di Padova, un mesto pensiero a Bassini, il plauso vibrante a Mario Donati, il quale, seguitando il cammino iniziato da Bassini, dimostrerà che fortuna e gloria seguitano ad illuminare la Clinica chirurgica Patavina.

*
* *

Il prof. DONATI, ringraziando il collega Casagrandi delle parole tanto lusinghiere, innalza un elogio commosso e spontaneo, essendo dettato dalla voce del cuore, in memoria di Bassini. Quando nel 1922 il Bassini cedette la sua cattedra, la successione parve grave di responsabilità, ma oggi l'animo può guardare più sereno l'avvenire, poichè il consenso della Facoltà riconosce il cammino percorso e il lavoro compiuto. Tale il modo migliore di commemorare un maestro e di glorificarlo.

E tutti gli allievi concorsero a tale nobile fine: Catterina, Velo, Schwarz, Vagliani, Frattini, Strasni, Ricci, Piaggio, Austoni, Penzo. Ma oggi è doveroso rammentarsi anche che non si può lavorare se non in ambienti adatti e decorosi. Ciò è stato possibile per l'accortezza e la magnanimità del Duce, il quale, concedendo i fondi necessari al rinnovamento della Clinica, permise di conferire questa tale dignità da permetterle di compiere un cammino che porterà il nome d'Italia a più alte glorie.

Hanno inviato la loro adesione al Congresso: il presidente del Senato rappresentato dai sen. Tamassia e Cappellani; il presidente della Camera; l'Istituto veneto; l'Istituto lombardo di scienze e lettere; l'Università di Parma, nella quale Bassini fu maestro; il prof. Bolognesi di Siena; il comm. Wollemberg; i podestà di Verona, di Vigosio e Pavia. Mandarono telegrammi di adesione: S. E. il ministro Fedele e il ministro Volpi.

Dopo un discorso assai commovente del professore CATTERINA, ricco di aneddoti della vita del glorioso Maestro, fu inaugurato il busto del prof. E. Bassini.

*
* *

Alle ore 16, nell'aula della Clinica chirurgica, sotto la presidenza del prof. M. DONATI, fu aperta la prima seduta scientifica, dopo aver commemorato i soci defunti, lette alcune comunicazioni della Presidenza, ed avere eletto a soci, nuovi colleghi.

Il prof. DONATI legge la sua Relazione nella quale ebbe a collaboratore il collega dott. prof. VANNUCCI.

La chirurgia del simpatico viscerale.

Considerazioni generali e conclusioni.

Dallo stato attuale delle nostre conoscenze e da quanto nei vari capitoli siamo venuti esponendo risulta che:

1° Non esiste un sol tratto nervoso (ad eccezione forse del depressore, la cui individualità anatomica è tanto discussa), appartenente alle vie nervose simpatiche, nel quale decorrano solo fibre centripete. Neppure può dirsi con certezza che questo accada per le fibre centrifughe; ciò si verifica forse per le vie efferenti nel ramo comunicante grigio. Fibre nervose centripete e centrifughe decorrono quindi di regola commiste nei rami del sistema nervoso della vita vegetativa.

2° Poichè, come regola generale, più si procede dal centro alla periferia tanto più è difficile il conoscere quanto di vie ortosimpatiche e quanto di vie parasimpatiche concorrono alla costituzione di un filetto nervoso viscerale, nello stesso modo che più ci si avvicina al centro e più un determinato tronco nervoso del sistema autonomo contiene vie destinate ad organi e funzioni differenti, noi possiamo affermare che: Nelle vie nervose del sistema simpatico avviene una continua e progressiva individualizzazione funzionale in rapporto a quelle che sono le funzioni dell'organo al quale il ramo nervoso è destinato, mentre si uniscono sempre più a formare uno stesso ramo vie afferenti ed efferenti ortosimpatiche e vie afferenti ed efferenti parasimpatiche.

3° Oltre all'innervazione simpatica estrinseca craniale, pelvica e toraco-lombare, esiste generalmente (non è stata dimostrata per es. nel rene, fegato, milza) un'innervazione viscerale simpatica intrinseca capace degl'impulsi nervosi necessari alle funzioni fondamentali degli organi. Inoltre, per quanto in un dato organo il parasimpatico governi più specificamente certe funzioni e l'ortosimpatico certe altre, non si verifica un rigido e schematico antagonismo fra le funzioni dell'una e dell'altra parte del sistema nervoso simpatico. D'altro canto ad ogni organo impari si distribuiscono abitualmente ad ogni sua parte fibre dei due sistemi provenienti, tanto da un lato quanto dall'altro. Così, per es., la faccia anteriore dello stomaco riceve fibre del vago destro come del sinistro ed egualmente la posteriore. Innervazione bilaterale possono d'altronde avere anche organi pari come abbiamo veduto accadere per il polmone.

Ne risulta che la funzione di determinate fibre del sistema nervoso della vita vegetativa può essere facilmente supplita, almeno parzialmente, sia da fibre omo- o contro-laterali dello stesso sistema, sia da fibre omo- o contro-laterali dell'altro sistema, come pure dal sistema nervoso intrinseco.

4° Non sempre possiamo conoscere in quale modo una malattia viscerale sia influenzata nella sua genesi ed evoluzione dal sistema nervoso simpatico, nè, d'altra parte, sempre ci è noto come lesioni insite nel simpatico possano modificarne (in difetto, in eccesso, e forse anche in qualità) l'influenza sui visceri.

*
* *

Da queste premesse discendono delle conseguenze pratiche di ordine chirurgico:

a) Non essere possibile sezionare chirurgicamente solo vie afferenti simpatiche.

b) Essere difficile potere sezionare solo vie efferenti, ciò che se mai può essere ottenuto solo attraverso la sezione isolata dei rami comunicanti grigi.

c) Tanto più si sezionano le vie nervose simpatiche in prossimità del nevrasse (questo sia

detto in particolar modo per l'ortosimpatico ed il parasimpatico pelvico, dato che sarebbe assurdo sezionare il vago al di sopra del ricorrente), e tanto più si sezionano vie nervose destinate e provenienti a e da organi diversi.

d) Tanto più si procede verso la periferia e si è sicuri di sezionare le vie nervose destinate all'organo sul quale vogliamo agire, tanto più cresce l'incertezza sulla quantità di fibre afferenti od efferenti, orto- o parasimpatiche che la sezione riesce a colpire.

*
* *

I risultati delle esperienze clinica e chirurgica insegnano che:

A) Tentativi di cura chirurgica sono stati eseguiti contro l'asma bronchiale.

Essi sono giustificati dal fatto che, qualunque sia l'etiopatogenesi della malattia, occorre riconoscere in essa una particolare eccitabilità delle vie e dei centri nervosi del respiro. Le ricerche dei vari autori hanno dimostrato che vie afferenti decorrono sia nell'orto- che nel parasimpatico, che le vie efferenti bronco-costrittrici seguono la via vagale e le secretorie e vasomotorie la via dei rami polmonari del simpatico propriamente detto, che ricchissimo è il sistema nervoso intrinseco (Larsell, Donati e Vannucci, ecc.). Dai risultati operatori risulta che l'attacco asmatico, che è essenzialmente un attacco broncospastico:

a) non è grandemente influenzato, dagl'interventi chirurgici, tuttavia;

b) miglioramenti e guarigioni sono seguiti ad interventi demolitori sull' ortosimpatico (Kaess, Hess);

c) come pure a sezioni vagali al di sotto dell'origine del ricorrente (Kappis, Fründ);

d) il Pal sarebbe riuscito con l'anestesia paravertebrale a troncare l'attacco asmatico.

B) Con ogni probabilità azioni simpatiche sono da prendere in considerazione negli effetti della frenico-exeresi in considerazione della presenza di fibre simpatiche nella compagine del nervo e del loro parziale e possibile destino anche al polmone, di alcuni fatti clinici (Donati e Vannucci), di alcuni reperti anatomici sperimentali (Donati e Vannucci), della presenza del nervo di fibre centripete che governano in via centrale il respiro (Baglioni).

C) Tentativi di cura chirurgica sono stati fatti contro l'angina di petto diretti soprattutto ad influenzare il dolore che nella fenomenologia della forma morbosa è il sintoma dominante e più appariscente. Le vie afferenti aortiche seguono il decorso del vago, quelle cardiache la via vagale e quella simpatica per i nervi cardiaci, il ganglio stellato ed i rami comunicanti dei primi cinque nervi toracici. Le vie efferenti dei nervi diastolici sono vagali quelle sistoliche invece ortosimpatiche.

Dai risultati operatori risulta che:

a) le tecniche e le sezioni e resezioni le più svariate sono state applicate;

b) gli attacchi di angina possono persistere anche quando sono sezionate tutte le vie afferenti ortosimpatiche (Cutler e Fine), ma che una buona funzionalità cardiaca può persistere anche dopo privazione del cuore di tutta (Jonnescu) o di gran parte (Masci) della sua innervazione simpatica toraco-lombare;

c) gli attacchi sono guariti anche dopo limitate resezioni, che non interrompevano, o interrompevano in minima parte le vie afferenti cardiache, come per esempio per l'ablazione del ganglio cervicale medio (Halstead e Chistopher) o per la simpaticotomia (Brown e Coffey);

d) dopo le operazioni sul simpatico cervicale, scomparsi o no gli attacchi anginosi, si hanno variazioni in meno della pressione arteriosa;

e) anche quando guariscono gli attacchi tipici persistono assai spesso, dopo le operazioni sul simpatico cervicale, disturbi dolorosi;

f) la mortalità immediata, prossima e lontana degli operati per angina di petto resta piuttosto alta (20,15 % dei casi), indipendentemente dalla tecnica operatoria e dal tipo di operazione subito, nel senso che le resezioni più estese non è dimostrabile siano seguite da un maggior numero di decessi;

g) buoni resultati sono stati ottenuti da Mandl, Swetlow e Schwarz, ecc., con l'anestesia paravertebrale, che spesso troncherebbe di colpo l'attacco doloroso.

D) Dall'Alessandrini è stata descritta in soggetti tubercolosi una sindrome d'irritazione dell'ortosimpatico cervico-toracico, che egli ha chiamato « sindrome sottostellata » nella quale la simpatectomia alla Jonnescu, eseguita da Antonucci, ha determinato la guarigione.

E) Da Leriche è stata proposta, ma non risulta sia stata ancora eseguita da nessuno, la simpatectomia cervico-toracica contro la tachicardia parossistica di Bouveret.

F) Per quello che riguarda l'apparato digerente risulta che:

a) nell'anestesia paravertebrale abbiamo un mezzo che permette la diagnosi di sede del processo morboso in quanto determina a quale segmento corrisponde il dolore trasmesso. Non è sicuro che essa agisce solo per il blocco dei rami comunicanti oppure se l'anestetico agisce perchè si diffonde anche alle radici posteriori ed ai gangli spinali e vertebrali. I suoi effetti sulle algie viscerali sono generalmente transitori tuttavia in alcuni casi la sospensione del dolore si è protratta anche per mesi;

b) la sezione dei rami comunicanti dorsali che può essere preferibilmente eseguita con la tecnica di Wertheimer e Bonniot può agire favorevolmente almeno in via temporanea contro stati spastici dolorosi dello stomaco (Mandl, Pieri). Meno utile appare invece come cura delle insufficienze motorie e secretorie viscerali. Non sempre si possono prevedere i resultati della ramisezione in base a quelli ottenuti con l'anestesia paravertebrale;

c) nelle crisi gastriche della tabe possono essere indicate operazioni su l'orto- e sul parasim-

patico a seconda che prevalgono sintomi simpatici o vagali. La vagotomia unilaterale sottodiaframmatica sembra poter avere efficacia quando prevalgono fenomeni di ipercinesi gastrica, altrimenti possono essere utili le operazioni sulle radici posteriori o l'anestesia paravertebrale.

d) le resezioni vagali come le resezioni simpatiche possono avere un effetto nullo o pressochè nullo sulla motilità e secrezione gastrica. Come il Ducceschi per primo affermò, lo stomaco contiene nella sua parete i meccanismi nervosi capaci di promuovere e regolare i suoi atti funzionali. L'innervazione intrinseca è atta a compensare le deficienze di quella estrinseca. Un *deficit* dell'ortosimpatico può essere meno avvertito se esiste un *deficit* del parasimpatico o viceversa;

e) le lesioni sperimentali del sistema nervoso estrinseco possono produrre alterazioni anatomiche delle pareti gastro-intestinali, ma forse per compensi che in molti casi si istituiscono rapidamente, per lo più dette alterazioni mancano. È verosimile pertanto che le turbe dell'innervazione siano soltanto la causa predisponente perchè l'alterazione anatomica si produca. Che se in taluni casi nella clinica si avvera un benefico effetto di questi stessi interventi bisogna ammettere che ciò dipende dal fatto che essi agiscono in condizioni patologiche e possono ristabilire un equilibrio turbato da altre cause. Tanto un difetto come un eccesso di stimolo sia del vago come del simpatico sono atti a produrre gli stessi effetti;

f) la discontinuità nervosa vago-simpatica proposta dallo Schiassi è intervento la cui efficacia, nella cura dell'ulcera gastrica o duodenale, deve essere ancora dimostrata;

g) lo stesso si può concludere nei riguardi delle enervazioni cosiddette totali alla Latarjet e di altri processi di enervazione estrinseca parziale usati come cura di gastralgie, di ulcere dolorose con ipertonia, ecc.;

h) Miotomie extramucose possono agire utilmente contro gli spasmi probabilmente per influenza del sistema nervoso intrinseco;

i) le resezioni della piccola curva gastrica che comprendono un'estesa enervazione possono essere causa di disturbi più che le semplici enervazioni, cosicchè è buona pratica associarvi la gastroenterostomia;

l) le dilatazioni atoniche segmentali del tenue (Donati) sono da considerarsi una sindrome simpatica suscettibile di guarigione con la simpaticolisi.

G) Le conoscenze sull'innervazione vagosimpatica del fegato hanno dato finora luogo a poche applicazioni. Anche in questo campo ha dato buoni effetti l'anestesia paravertebrale impiegata sia a scopo diagnostico, sia contro i dolori della colica epatica.

Solo dal Pieri è stata eseguita la ramisezione, pare con buon effetto, in due casi di sindrome dolorosa interpretata come calcolosa, ma nei quali l'intervento laparotomico non avea mostrato lesioni anatomiche della colecisti.

H) La chirurgia del sistema nervoso destinato al rene ed alle vie urinarie ha dimostrato che:

a) la funzionalità renale può mantenersi buona e sufficiente anche a rene completamente enervato (Legueu, Papin, Donati);

b) l'enervazione renale è particolarmente utile e fertile di risultati delle sindromi nefralgiche;

c) l'anestesia paravertebrale e l'anestesia degli splancnici sono utili non solo contro le nefralgie, ma anche per combattere le anurie e le oligurie riflesse (Mandl, Neuwirth, Donati e Vannucci);

d) a combattere le sindromi nefralgiche può prestarsi assai bene la ramisezione (Pieri);

e) l'enervazione ureterale (Rochet e Thevenot) può essere utile a combattere i dolori di origine ureterale;

f) a combattere il dolore da cistite, in particolar modo quello da cistite tubercolare, può essere atta l'asportazione del ganglio ipogastrico (Rochet), ma a questa si associano gravi fatti motori a carico della vescica, che invece non si verificano che assai leggeri, pur restando abolito il dolore, quando si sezioni il nervo presacrale e le sue anastomosi (Pieri).

I) Per ciò che riguarda la chirurgia nervosa degli organi genitali femminili possiamo dire che:

a) essa si iniziò con Jaboulay (1898), che praticò con successo la sezione del simpatico sacrale per il trattamento delle nevralgie pelviche, e con Ruggi (1899) che recise egli pure con buoni risultati, bilateralmente, il plesso utero-ovarico per le nevralgie di origine utero-ovarica;

b) buoni risultati hanno avuto anche simpatectomie perivasali (biforcazione aortica, arterie iliache, arterie ipogastriche in algie dei genitali femminili di varia origine (Tisserand, Leriche e Michon);

c) a combattere sindromi dolorose si è dimostrata utile anche la resezione del nervo presacrale (Cotte, Donati, Pieri).

Importante il fatto che all'operazione segue la mestruazione qualunque sia il tempo trascorso da quella immediatamente precedente all'atto operativo;

d) niente si può dire finora sui risultati dell'enervazione dell'ovaio (Dupont e Lhermitte);

e) buoni effetti contro l'algia può avere anche l'anestesia paravertebrale e la ramisezione (Pieri).

*
* *

Alcune nozioni importanti ed alcuni concetti discendono dai fatti ormai acquisiti:

I. Effetti, anche benefici, possono essere ottenuti sulla funzionalità di un organo anche con l'interruzione di fibre nervose destinate a funzioni diverse da quelle che, nell'organo stesso o fuori di esso, si desidera influenzare (asma bronchiale, angina di petto). Questo fatto concorre a spiegare come tecniche e atti operativi assai differenti possono avere sugli stessi fatti morbosi uguali risultati.

II. Per quello che riguarda il dolore viscerale, benefici effetti sono stati raggiunti sezionando in massima parte vie efferenti e poche vie centripete (angina pectoris), senza che gravi danni derivino di necessità alla funzionalità degli organi in parte od in toto enervati.

III. Secondo ogni probabilità l'innervazione simpatica di un organo può essere influenzata nel suo complesso anche attraverso un atto chirurgico portato su di una parte di esso.

IV. Le sezioni e resezioni simpatiche mostrano avere tanta più possibilità di riuscita e tanto minor rischio quanto meno profonda e sostanziale è l'alterazione anatomica nella quale l'organo è stato indotto dalla malattia sua o di altri organi.

V. Anche nell'uomo, funzioni fondamentali della vita vegetativa possono mantenersi pressochè normali in un dato organo quando sia o completamente soppressa la sua innervazione simpatica (rene), o interamente interrotta l'innervazione ortosimpatica (cuore).

VI. L'anestesia paravertebrale e quella degli splancnici hanno dimostrato che l'azione di un anestetico può in alcuni casi non solo troncare il dolore viscerale sul momento, ma anche in seguito, per un tempo vario (settimane, mesi), modificando profondamente la fisionomia dello stato morboso.

VII. Un determinato effetto può essere ottenuto intervenendo tanto su di un sistema come sul suo antagonista (ad es. nello stomaco) non solo, ma può anche avvenire che alla lesione delle fibre di un determinato sistema conseguano diversi e financo opposti effetti. Ciò è forse dovuto in parte al gioco dei meccanismi nervosi intrinseci ed in parte alla mancata influenza, per via centrale, dell'un sistema sull'altro, dopo sezione periferica di uno dei due.

VIII. Gl'interventi più radicali hanno risultato più duraturo, ma essi sono più laboriosi e soprattutto meno suscettibili di compenso.

IX. La frequente temporaneità dei risultati è forse in parte dovuta al notevole potere ed alla relativa rapidità di rigenerazione che hanno le fibre nervose del sistema autonomo, in parte a compensi funzionali.

X. Molti degli insuccessi e delle difficoltà della chirurgia del simpatico sono probabilmente riconducibili al fatto che esiste un'estrema varietà individuale della costituzione anatomica del simpatico, la quale, mentre potrebbe tradire una diversa costituzione oltrechè anatomica anche funzionale, rende estremamente individuale la tecnica dei singoli interventi. Noi crediamo che molte incertezze siano derivate dalla frequente impossibilità di conoscere esattamente su quali rami si è intervenuto e, di questi, quale fosse il valore funzionale.

XI. Inoltre, per una retta interpretazione dei risultati operatori, occorre tener conto che molte delle malattie che si tenta di influenzare agendo sul simpatico, possono presentare già spontaneamente delle lunghe remissioni ed essere grandemente influenzate dalla dieta, dal riposo, dalla stessa anestesia, dalla suggestione legata al fatto di avere subito un atto operativo, dalle cure accessorie pre- o post-operatorie cui è sottoposto il malato.

*
* *

Da tutto quanto è stato esposto risulta chiaramente che la chirurgia del simpatico viscerale deve essere considerata in pieno sviluppo, sebbene ancora in una fase che clinicamente può ben definirsi sperimentale.

Ogni caso, se bene studiato, può apportare elementi decisivi alla soluzione di qualche quesito ed all'impostazione di nuovi problemi. Per i rapporti che la chirurgia del simpatico viscerale ha con lo studio dei singoli visceri, per le correlazioni funzionali che dal simpatico dipendono e si ripercuotono su tutto l'organismo, agire chirurgicamente sull'orto- o sul parasimpatico di un determinato viscere può implicare una somma di azioni a distanza; sarà perciò necessaria una scelta quanto mai accurata dei casi da trattare e dovranno essere riconosciuti il più esattamente possibile il campo ed il limite dell'azione chirurgica in ogni singolo soggetto.

Non bisogna dimenticare che, se lo scopo è riparatore, si tratta pur sempre di una chirurgia demolitrice e che la frequente temporaneità degli effetti non ne esclude spesso la gravità.

In un campo così irto di difficoltà, se pure ricco di promesse, e che ha indubbiamente tanto contribuito ad allargare la sfera delle nostre conoscenze, bisognerà procedere con grande cautela e con serena obbiettività per cogliere soltanto i frutti di una sana esperienza.

Discussione.

C. PIERI (Belluno). — *Contributo alla chirurgia del sistema nervoso simpatico.* — L'O. ha eseguito 19 interventi sul simpatico, di cui 3 per nevralgia del trigemino, 4 per paresi spastica, 12 sul simpatico viscerale.

Nella grave nevralgia totale del trigemino si stabilisce di solito una certa compartecipazione del simpatico, sebbene non sia possibile stabilire i precisi rapporti con essa. I casi operati dall'O., con la resezione del 1° ganglio cervicale dello stesso lato (proposta da Jaboulay nel 1901), concernono casi di grave nevralgia totale datante da 6 a 18 anni. In una donna di 48 a. l'intervento fu seguito da immediata scomparsa dei dolori, che ricomparvero dopo 8 mesi, ma con attacchi più rari e meno violenti di prima. In un uomo di 77 a. si ebbe diminuzione progressiva di violenza e di frequenza degli attacchi. In un uomo di 64 a., infine, il miglioramento fu lieve. Poichè il più antico di questi interventi risale appena ad un anno e tre mesi, l'O. per trarre delle conclusioni definitive, si riserva di attendere i risultati lontani di tale terapia.

La stessa considerazione vale per i 4 interventi praticati per paresi spastiche, in tre dei quali si ebbe diminuzione degli spami, nel quarto solo la

cessazione del dolore. Questi casi riguardano: una monoplegia crurale residua a poliencefalite, una paraparesi spastica dolorosa di oscura origine, una emiparesi spastica consecutiva a lesione cronica ed un morbo di Little. L'operazione consistette nella sezione dei rami comunicanti del plesso corrispondente (proposta da Boyle nel 1924).

Per quanto riguarda gli interventi sul simpatico viscerale, l'O. è partito dagli studi di LÄWEN e dei suoi seguaci (ai quali anch'egli ha portato qualche contributo), dalla constatazione, cioè, che all'anestesia paravertebrale eseguita a diversi livelli corrisponde l'abolizione della sensibilità di determinati visceri. L'O. si è proposto di rendere definitivi tali risultati, sezionando i rami comunicanti, nelle sindromi viscerali, nelle quali il dolore rappresenti o l'unico sintoma, o il prevalente, o il più molesto. In un caso di angina pectoris fu sezionato il cordone del simpatico sinistro al disotto del ganglio cervicale superiore, il n. vertebrale e tutti gli altri rami che dal ganglio stellato si dirigevano all'esterno. Il miglioramento fu notevole.

In una donna con sintomatologia di ulcera gastrica, non constatata all'intervento ed in un caso di grave atonia gastrica, fu eseguita la resezione dei rami comunicanti 6-7-8 di destra. Nel primo caso i dolori scomparvero, nel secondo non si ebbe alcun effetto, contrariamente al fatto dimostrato da Hess e Fallitschek che l'anestesia paravertebrale produce ipertonia gastrica ed ipercloridica; ciò che fa pensare come l'anestesia paravertebrale produce i suddetti effetti agendo non solo sui rami comunicanti, ma anche sui gangli del simpatico.

In due casi di pseudolitiasi biliare, dei quali uno concerneva un giovane che l'O. presenta all'Assemblea, venne praticata la resezione del 9° e 10° ramo comunicante di destra. In entrambi si ebbe cessazione dei dolori che persiste da 7 mesi.

In un caso di nefralgia, in cui 5 mesi prima era stato scapsulato il rene senza alcun effetto, l'O. resecò i rami comunicanti 12° dorsale e 1° lombare. Scomparsa del dolore.

In una cosidetta nevralgia testicolare, consecutiva ad epididimite blenorragica guarita, la resezione del 1° e 2° comunicante lombare dello stesso lato fu seguita da successo.

Ugualmente efficace fu la resezione del 2° ramo comunicante lombare omolaterale eseguita in una donna con vivi dolori dell'annesso destro, residuo di infezione gonococcica.

Seguono 4 interventi sul simpatico pelvico che riguardano: 1) una metrite dolorosa (resezione del n. presacrale secondo Cotte e Deschaume), in cui i dolori cessarono; 2) due casi di cistite tubercolare molto dolorosa; nel primo la resezione del n. presacrale fu seguita da lieve miglioramento, forse da riferirsi alle mutate condizioni di svuotamento vescicale (inibizione dello sfintere, ipertonia del detrusore); nel secondo oltre il n. presacrale furono sezionati il ramo che da questo va ai gangli del simpatico lombare e la catena del simpatico a livello della 5ª vertebra lombare; i dolori scomparvero; 3) una sindrome di grave pelviperitonite acuta, in cui fu resecato il n. presacrale allo scopo di prevenire lo stabilirsi della sindrome dolorosa pelvica. L'intervento data da un mese appena.

Dato il numero ancora esiguo dei casi trattati e la brevità del periodo di osservazione postoperatoria, l'O. si propone di proseguire queste indagini, di cui riferirà a suo tempo, l'esito.

BARONI. — *La chirurgia del simpatico perivasale e viscerale al lume di alcuni nuovi reperti sulla struttura delle arterie dell'uomo e dei comuni animali di esperimento.* — Dopo avere ricordato le sue ricerche anatomiche sulla presenza e distribuzione di elementi muscolari lisci sottoendoteliali nelle arterie dell'uomo, ai quali egli ascrive una funzione vasodilatatrice, antagonistica, cioè, a quella delle fibre muscolari liscie, l'O. afferma che alla fisiopatologia di questi stessi elementi si connettano le forme morbose come l'angina pectoris, il morbo di Raynaud, ecc. Studiando la struttura delle arterie dei comuni animali di esperimento, ha notato che queste difettano delle particolarità istologiche osservate nelle arterie dell'uomo, e ritiene che a ciò si debba il fatto che questi animali rispondono *meno evidentemente* e *meno frequentemente* con modificazioni circolatorie alla simpaticectomia periarteriosa.

Avendo peraltro constatato negli animali esaminati la presenza in quantità variabile, ma sempre minore che nell'uomo, di fascetti muscolari lisci sottoendoteliali, in corrispondenza dei punti di origine dei tronchi arteriosi primarî e delle loro collaterali, ha cercato di studiarne sperimentalmente l'ufficio e la funzionalità. Ha potuto così constatare che con la simpaticectomia arteriosa perifemorale al triangolo di Scarpa, non si nota alcuna modificazione dei fascetti ostiali sulla biforcazione della poplitea, mentre questi stessi elementi diventano ipertrofici, se la simpaticectomia viene praticata sulla biforcazione della poplitea; in quest'ultimo caso inoltre l'ipertemia consecutiva alla simpaticectomia è più intensa e più persistente. Ritiene perciò che con la simpaticectomia praticata sui punti di biforcazione delle arterie si possono ottenere effetti maggiori e più duraturi.

PAOLUCCI (Bari). — *Contributo alla conoscenza della anatomia e della fisiopatologia dell'innervazione simpatica intestinale.* — Ha osservato, nelle sue esperienze, che, dopo ablazione del ganglio mesenterico superiore o inferiore, con o senza simpaticectomia delle arterie mesenteriche, le modificazioni istologiche e funzionali dell'intestino sono solo temporanee.

Le alterazioni istologiche sono più profonde a carico delle cellule nervose del plesso sottomucoso che del plesso mienterico, conformemente all'opinione del Müller, secondo il quale il plesso sottomucoso è principalmente costituito da cellule simpatiche, mentre le cellule simpatiche e parasimpatiche intervengono press'a poco in egual misura nella costituzione del plesso mienterico.

La motilità intestinale indebolita dopo tali interventi, ritorna rapidamente normale.

In altre esperienze l'O. praticò l'eccitazione elettrica del ganglio celiaco o del mesenterico sup., con o senza sezione dei rami comunicanti di L$_I$, D$_{XII}$, D$_{XI}$ e D$_X$; dopo la ramisezione, la eccitazione elettrica dei gangli produceva solo una lieve modificazione della pressione arteriosa e nessuna modificazione della curva respiratoria: a rami integri, invece, quest'ultima subiva rapide e profonde oscillazioni.

G. GALLI, E. POLACCO e R. RINALDI (Padova). — *L'iniezione paravertebrale.* — Gli OO. hanno sottoposto all'iniezione paravertebrale 24 pazienti, di cui 3 normali ed i rimanenti affetti da affezioni addominali varie: appendicite sub-acuta e cronica, colecistite, ulcera gastrica e duodenale splancnoptosi, annessite, nefralgia, ecc.

La tecnica seguita fu quella di Mandl: venne adoperata una soluzione di novocaina all'1-2 %, iniettandone 8-10 cmc. per ogni spazio. Come base di partenza per lo studio clinico della topografia della conduzione sensitiva viscerale, gli OO. si sono serviti dello schema di Laewen. Nei vari pazienti oltre ai risultati nei rapporti della sintomatologia clinica dell'affezione, furono studiati anche il comportamento della pressione arteriosa ed il comportamento chimico dello stomaco. Gli OO. in base alle loro accurate ricerche cliniche vengono alle seguenti conclusioni:

1) La I. P. è di facile esecuzione e non provoca particolari disturbi.

2) È un ottimo mezzo terapeutico come sedativo di dolori in determinate affezioni acute addominali (coliche renali, epatiche, appendicolari, ecc.).

3) In genere provoca una diminuizione della pressione sanguigna, di lieve importanza.

4) In genere produce aumento dell'acidità gastrica totale e dell'acido cloridrico libero.

5) Sono ancora necessarie numerose ricerche per poter stabilire l'importanza dell'I. P. come mezzo decisivo per stabilire la topografia della conduzione sensitiva viscerale, in quanto si possono ottenere per uno stesso organo effetti identici anestetizzando segmenti differenti ed in quanto non si ha la certezza che l'iniezione rimanga limitata al solo segmento iniettato.

CHIARELLO e FEREY (Napoli). — *Nuove indicazioni della resezione del nervo presacrale.* — In 4 casi di cancri inoperabili dell'utero, acompagnati da vivissimi dolori, la resezione del nervo presacrale ha dato la immediata scomparsa dei dolori, che permane da tre mesi.

In un quinto caso, in cui una calcificazione del l'angolo di biforcazione dell'aorta dava anche gravissimi dolori, l'identica operazione ha dato gli stessi ottimi risultati.

BLOCH (Padova). — *Osservazioni su due casi di denervazione renale.* — L'O. ha praticato la denervazione renale in un caso di nevralgia renale ed in una paziente affetta da tempo da pielonefrite cronica bilaterale con cistite, nella quale da due mesi erano insorti dolori al fianco sinistro irradiantisi all'inguine. L'O. ha interrotto il plesso renale per un tratto rispettivamente di 6 e di 3 cm. senza nè scapsulare il rene nè toccare l'avventizia dell'arteria renale. In entrambi i casi il dolore scomparve.

Dopo l'intervento vennero studiate, da ambo i lati sia la funzione uropoietica come la funzionalità della pelvi e dell'uretere. Per la primo l'O. conferma i risultati ottenuti da moltissimi altri cioè che dal lato denervato si ha una poliuria transitoria; per quanto riguarda la motilità degli organi escretori, per lo studio della quale si è servito della pieloscopia, il comportamento è stato del tutto identico prima e dopo la denervazione.

DOGLIOTTI (Torino). — *Studio sulla rigenerazione dei nervi renali.* — L'O. ha pensato di determinare il tempo di rigenerazione dei nervi renali, partendo da ricerche sperimentali in precedenza eseguite, nelle quali egli aveva constatato come la stimolazione dello splancnico produceva contemporaneamente aumento riflesso della pressione sanguigna e costrizione dei vasi renali per propagazione diretta dello stimolo. Sezionando a livello del peduncolo renale tutte le fibre dello splancnico che raggiungevano l'organo, si ha dilatazione passiva del rene per l'aumento generale della pressione. Il ripristino dell'innervazione vasomotoria dell'organo si potrà ritenere avvenuto quando eccitando lo splancnico dal lato del rene operato, provocherà in quest'ultimo, un'immediata vasocostrizione.

In base ai risultati di tali esperienze, condotte sui cani, egli ritiene che la rigenerazione dei nervi renali è compiuta tre mesi dopo la loro resezione.

BERTACCHI (Torino). — *Ricerche sperimentali sulle variazioni di temperatura del rene nella decapsulazione, negli interventi sui n. vasomotori e nella nefrectomia controlaterale.* — Mediante materiale accuratamente scelto e saggiamente vagliato, l'O. ha studiato le variazioni di temperatura: 1) su reni messi allo scoperto con l'apertura dell'addome, mentre si praticava la decapsulazione, la decorticazione dell'arteria renale, l'eccitamento o la recisione del simpatico o dei nervi del peduncolo renale, l'eccitamento dei tessuti periarteriosi della renale e di una porzione posta a valle della zona decorticata; 2) su reni ad addome chiuso con eccitamento dello splancnico dei nervi renali, e del f. peri-arteriosi della renale; 3) sui reni protetti dalla dispersione di calore e con estirpazione dell'adelfo. I risultati furono i seguenti: la temperatura del rene è in genere inferiore a quella generale del corpo e di questa ne subisce le oscillazioni. In tutti gli interventi che si accompagnano a vaso-costrizione si ha un abbassamento della temperatura. La nefrectomia controlaterale invece determina un effetto termico sul rene superstite. Ciò sta ad indicare che i processi ossidanti che accompagnano il lavoro cel-

lulare sono relativamente bassi nel rene e l'aumentata secrezione del rene superstite è dovuta ad un lavoro cellulare congiunto con un ricambio che, in parte, dà una degradazione di energia sotto forma di calore. Viceversa le modificazioni del deflusso sanguigno del rene ne possono modificare la temperatura passivamente. Clinicamente bisogna tener conto di questi risultati evitando nei nefrectomizzati quelle sostanze che possano, introdotte nell'organismo, aumentare dannosamente il suo lavoro.

L. CAPORALI (Padova). — *L'estirpazione del plesso ipogastrico. Ricerche sperimentali. (Nota preventiva).* — L'O. ha eseguito sui cani l'estirpazione bilaterale ed unilaterale del tratto di plesso ipogastrico da cui si dipartono i rami efferenti viscerali.

Nelle estirpazioni bilaterali ha constatato paralisi vescicale con ritenzione d'urina ed in un animale, oltre a ciò, dilatazione pelviureterale.

Nelle estirpazioni unilaterali si verificò emiplegia vescicale senza ritenzione d'urina. Non si ebbe mai ad osservare il riflusso vescico-ureterale.

FASANO (Asti). — *Degli interventi sul simpatico pelvico in ginecologia.* — L'O. ritiene che negli interventi laparotomici per lesioni pelviche, in donne, le quali facciano sospettare la possibilità di un ritorno della sindrome dolorifica dopo l'intervento, si debba, a complemento di questo, eseguire la simpatectomia presacrale.

In otto casi di lesioni pelviche varie in tal modo trattate, i risultati furono ottimi poichè in nessuna delle pazienti si ripetè la sindrome dolorifica.

2ª Seduta: 26 ottobre (mattinata).

Presiede il prof. DONATI.

Il prof. BAGGIO espone il bilancio di cassa, che viene approvato.

Discussione sul tema di relazione sul « simpatico ».

SCHIASSI (Bologna). — Conviene col prof. Donati che quanto l'O. ha proposto per la cura dell'ulcera gastrica deve ancora essere dimostrata come efficace.

L'O. medesimo aveva detto, del resto, l'anno scorso, nel riferirli, che i risultati di operazioni compiute con la sua tecnica, dovevano essere ulteriormente controllati.

Crede opportuno tuttavia di richiamare l'attenzione su dei fatti di ordine sperimentale e di ordine analogico, favorevoli al suo metodo di cura. Insiste sopratutto sul fatto che casi operati da diversi anni si mantengono perfettamente guariti. Enumera i vantaggi della sua tecnica sulla resezione dell'ulcera (con la quale del resto si scontinuano anche gli elementi nervosi), la cui mortalità nelle migliori statistiche è del 7-8 %: nella discontinuità nervosa invece la mortalità è zero.

Afferma infine che la discontinuità nervosa richiede un chirurgo molto accurato e meticoloso specie quando vi siano gravi deformità gastroduodenali.

ANTONUCCI (Roma). — Fa delle rettifiche ad alcune notizie della relazione del prof. Donati, riguardanti interventi dall'O. praticati.

Egli ha operato di simpatectomia bilaterale una sola malata, e non due come dice la relazione.

Per quanto riguarda la sindrome sottostellata di Alessandrini, l'O. in una malata ha praticato una simpatectomia totale unilaterale alla Jonnescu, nell'altra, per evitare la sindrome di Hörner, la sezione dei rami simpatici cardiaci medio ed inferiore, con legatura e sezione dell'a. tiroidea inf.

Riferendosi poi all'affermazione del relatore, cui non consta che sia stata ancora fatta la operazione proposta dal Leriche nella tachicardia parossistica, fa notare che egli ha eseguito tale operazione nell'aprile 1926 (Congresso della Società Internaz. di Chirurgia) con esito favorevole.

TORRACA (Napoli). — In esperienze inedite condotte sui cani, ha indagato la sensibilità dell'intestino di fronte a stimoli inconsueti (sezione, pinzettamento, causticazione, ecc.). Tali manovre provocano una reazione di contrazione e solo quando questa raggiunge un grado elevato, il cane reagisce con segni di dolore, il cui punto di partenza va, secondo l'O., ricercato nelle terminazioni nervose della parete stessa.

COSTANTINI (Gallarate). — Riferisce dei buoni risultati nella cura dell'ulcera gastrica ottenuti mediante la resezione longitudinale della piccola curvatura.

STOCCADA (Castiglion delle Stiviere). — Si compiace dell'importanza attribuita dai relatori al meccanismo motore della « muscularis mucosae » dello stomaco, il che può svelare delle ulcere superficiali.

Ricorda un suo lavoro sulla dentellatura della grande curvatura gastrica, cui pare contribuisca un ipertono della muscularis mucosae, e che l'O. ha riscontrato nel 25 % dei casi di ulcera gastrica rarissimamente nel cancro. La presenza delle dentellature depone perciò per l'ulcera.

SCALONE (Siracusa). — Ritiene che la enervazione dello stomaco, nell'ulcera gastrica, debba comprendere anche la innervazione intrinseca compresa la sottomucosa; è necessaria quindi la sezione completa della parete gastrica.

A questo proposito riferisce su alcune sue ricerche sperimentali.

I risultati talora disuguali che si ottengono con lo stesso intervento sul simpatico, sono dovuti al fatto che nelle vie afferenti del simpatico sono anche contenute fibre destinate a riflessi di molteplice natura.

Riguardo alla chirurgia del simpatico nelle nefralgie sine materia ricorda che fin dal 1913 egli aveva affermato che la guarigione con lo scapsulamento è più rapida e più stabile se non si sono prodotte nei nervi e nei gangli corrispondenti alterazioni avanzate.

Illustra infine numerosi interventi da lui eseguiti sul simpatico, concludendo, col prof. Donati,

che le operazioni sul simpatico debbano essere complementari.

CIMINATA (Roma). — *Sull'esistenza di un riflesso viscero-viscerale di natura motoria tra stomaco e digiuno.* — In base alle sue esperienze sui gatti conclude che la contrazione della pars pilorica provocata da uno stimolo elettrico o chimico rappresenta l'origine di un eccitamento che attraverso il simpatico provoca una reazione motoria nella prima parte del digiuno.

Si potrebbe interpretare il fenomeno come un pseudo-riflesso o riflesso axonico di Langley.

NISIO (Bari). — Riferendosi alle esperienze del Dogliotti sulla rigenerazione dei nervi renali, afferma che, in base ai risultati sperimentali ottenuti dall'O. con la sezione dei nervi del peduncolo e con la simpaticectomia periarteriosa, non si può dichiarare tra i fautori di tali interventi; tanto più che anche in clinica ha sempre notato una diminuzione della funzionalità globale del rene enervato.

GIORDANO (Venezia). — A proposito del caso da lui operato quattro anni prima per crisi tabetiche e ricordato nella relazione, dice che il successo si mantiene ancora buono.

TADDEI (Pisa). — Ricorda la sindrome dolorosa aortalgica e lungo le arterie iliache, che può simulare vari quadri morbosi, che si nota in particolar modo in tubercolosi e che è da ritenersi di origine simpatica.

DONATI (risp.). — Ringrazia i colleghi per il benevolo giudizio sulla relazione. Elogia il pregevole contributo portato dal Pieri alla chirurgia del simpatico viscerale.

Ringrazia per la sua cortesia il collega Schiassi, le cui constatazioni sono importanti, se l'esito del suo metodo sarà duraturo. Giudica interessantissimo il caso di tachicardia parossistica dell'Antonucci operato con la resezione del ganglio stellato.

Al dott. Stoccada risponde che anche alle sue ricerche egli si era riferito dicendo che lo spasmo della muscularis mucosae è oggi ben conosciuto in radiologia gastrica.

Le esperienze dello Scalone confermano il fatto che gli interventi sul simpatico non sono sicuramente curativi, tanto più che si tratta di terapia per lo più sintomatica.

Al prof. Giordano osserva che il concetto di ricercare gli effetti di limitate lesioni chirurgiche del simpatico è ispirato al fatto che solo questi ci possono chiarire il significato funzionale delle singole vie simpatiche; ma ciò non significa voler portare l'esperimento nella terapia chirurgica. Infatti nell'operazione fatta dal Giordano per tabe dorsale, non si può dire quanta parte del successo spetti alla vagotomia.

Le osservazioni del Taddei confermano ciò che da molto tempo si sa sulla sensibilità alla pressione dei grossi vasi addominali. Anche l'O. ha avuto occasione di osservare ammalati con sintomatologie biliari, appendicolari, ecc., riferibili a vere e proprie peri-visceriti di origine tossica tubercolare.

Conclude ringraziando di nuovo i Congressisti.

Svolgimento dell'ordine del giorno.

BAGGIO (Roma). — *Corpi estranei nella cistifellea e ulcere gastriche.* — In alcuni esperimenti eseguiti allo scopo di stabilire se la presenza di corpi estranei asettici nella cistifellea bastasse a determinare infezione biliare, era accaduto di osservare la formazione di tipiche ulcere gastriche. Questo reperto di ulcere su cani portatori di corpi estranei nella cistifellea verificatisi con una certa costante (3 su 11) spingono a ricercare il nesso patogenetico tra colelitiasi ed ulcere.

La nozione che meglio si possiede in materia di rapporto patologico tra vie biliari e stomaco è quella dell'ipocloridria, ciò che dovrebbe riferirsi secondo alcuni al fatto che per la costante alcalinità del duodeno mancherebbe lo stimolo alla produzione dell'acido cloridrico, mentre secondo altri si verificherebbe l'inverso, e cioè che la maggiore alcalinità del duodeno non neutralizzato dall'acido cloridrico in diminuzione permetterebbe un'esaltazione della flora batterica duodenale, quindi angiocolite, colelitiasi. Autori americani infine hanno ammesso della colelitiasi e dell'ulcera una genesi infettiva (da un'appendicite pregressa ad esempio). Ma elementi indiscutibili di indole clinica, e di indole sperimentale ci lasciano dubbiosi a questo proposito. Difatti, sebbene 2 dei 3 animali ulcerati fossero stati sottoposti ad una iniezione endovenosa di 1 cc. di cultura di tetrageno in brodo, tuttavia per la mancata correlazione tra iniezione di cultura e aspetto dell'ulcera (eguale a distanza di tempo variabile) per l'aspetto simile a quelle della ulcera da introflessione, è più facile ammettere un rapporto genetico dell'ulcera con l'inizio dell'esperimento (introduzione di corpi estranei nella cistifellea) che con l'epoca dell'iniezione endovenosa batterica.

Discussione.

SCALONE (Siracusa). — Le esperienze del prof. Baggio aprono una nuova via per ricercare qual'è la patogenesi dell'ulcera gastrica. Infatti fino ad oggi abbiamo esperimentato sull'ulcera gastrica attraverso le sezioni del vago simpatico, mentre dobbiamo esperimentare con le eccitazioni di questo apparato.

DONATI (Padova). — Le esperienze del Baggio hanno notevole interesse perchè tre casi positivi su undici costituiscono una percentuale altissima. Bisogna però con cautela applicare queste esperienze all'uomo, perchè in clinica, se spesso l'ulcera gastrica si associa alla colelitiasi, tuttavia le condizioni delle secrezioni gastriche nella colelitiasi sono frequentemente sfavorevoli alla produzione dell'ulcera gastrica. Ciò non toglie però valore al fatto sperimentale. Bisogna continuare nelle esperienze con la stessa direttiva.

BAGGIO (risp.). — Ringrazia e delucida con maggior illustrazione le sue esperienze.

TANSINI (Pavia). — *Sulla esofagizzazione dello stomaco per la cura di alcuni casi di stomaco a clessidra.* — L'O. in due casi di stomaco a clessidra cicatriziale, ha praticato la trasformazione

della tasca superiore in un tubo, come se fosse il prolungamento dell'esofago, mediante introflessione della parete di tale tasca con sutura alla Lembert, a ridosso di una grossa sonda esofagea, introdotta per via orale.

In entrambe le pazienti si ebbe rapida guarigione e completo ristabilimento della funzione gastrica. Condizioni che in una delle pazienti durano già da quattro anni.

MAIRANO (Torino). — *Studio sperimentale sull'influenza della colecistectomia sulla secrezione gastrica.* — In esperienze condotte sui cani ha constatato che la colecistectomia non esercita alcuna influenza sulle secrezioni cloridro-peptiche dello stomaco. Ne conclude che sul cane, in condizioni normali, non partono dalla cistifellea stimoli, che regolino la secrezione gastrica; non esclude però, per spiegare l'ipoacidità dei colelitiasici e dei colecistectomizzati, che dei riflessi possano originarsi da una cistifellea o da un cistico, ammalati od occupati da corpi estranei.

VECCHI (Piacenza). — *La resezione della pars pilorica a cura delle gastriti croniche ipergenetiche.* — Molti stati ipersecretivi cronici dello stomaco non sono semplici disturbi funzionali, ma hanno la loro base anatomica in una gastrite cronica che colpisce la pars pilorica e che è identica alla gastrite che accompagna l'ulcera gastrica.

Questa gastrite ipergenetica è spesso refrattaria alle cure mediche. La sua cura razionale è la resezione della pars pylorica, che l'O. ha praticato (dando la preferenza alla Billroth II) in 22 casi di tali forme ipersecretive dolorose, datanti da anni e ribelli alle più svariate terapie. I risultati prossimi e lontani sono stati veramente ottimi.

Discussione.

CIMINATA (Roma). — La importante comunicazione del prof. Vecchi conferma i risultati ottenuti dall'O. in esperienze su animali operati di piccolo stomaco alla Paulow. Si domanda tuttavia se la resezione della pars pylorica sia la terapia ideale dal punto di vista della mortalità operatoria che è discreta.

Quanto all'importanza che il Vecchi dà alla parte antrale per la secrezione gastrica, ricorda che la secrezione psichica è molto importante nella secrezione riflessa alla Paulow.

CAPPELLI (Ancona). — Anche l'O. nelle gastriti gravi, in cui ritiene che la g. c. sia insufficiente, pratica la resezione, dando però la preferenza alla Billroth I.

Ha trattato le gastriti anche con la discontinuità alla Schiassi, ottenendo in genere ottimi risultati.

DONATI (Padova). — A parte la questione della tecnica, si hanno migliori risultati con la Billroth II. La Billroth I è meno fisiologica di quanto si crede perchè determina una profonda lesione nervosa.

TADDEI (Pisa). — *Per la tecnica delle sezioni gastro-intestinali.* — Presenta pezzi di stomaco ed un colon resecati con la tecnica della sutura meccanica con lo strumento di Depez.

Descrive lo strumento, che presenta, la maniera di usarlo, le sue applicazioni. Mette in rilievo i pregi della tecnica, specie la sua rapidità, raccomandandone l'uso sopratutto nei casi in cui si voglia rendere più breve possibile l'intervento.

Discussione.

ROSSI B. (Milano). — Prende la parola non per stabilire una priorità di applicazione dello strumento, priorità che data da un ventennio, ma per dire che non lo adopera più. Infatti ottiene risultati molto migliori con una pinza sdoppiabile che sarà oggetto di una pubblicazione.

CROSTI (Milano). — In base a molte esperienze eseguite parecchi anni fa, afferma che l'agraffaggio nelle suture gastro-intestinali è comodissimo ma non è scevro di inconvenienti (caduta dell'agrafs nella sierosa, perforazione). Osserva al prof. Taddei che si può fare la sutura in pochissimi minuti anche senza l'agrafaggio.

TADDEI (risp.). — Relativamente alla priorità dello strumento accennata dal prof. Rossi, bisogna considerare la qualità dello strumento, poichè mentre egli non crede utile adoperare quello di Rossi, ritiene più razionale dal punto di vista della rapidità e dell'asepsi quello di Depez.

Al Crosti risponde che con lo strumento che ha presentato le agraffe cadono nel lume, come è dimostrato in più di 25 casi. Non crede che possano determinare una perforazione dello stomaco.

ROSSI B. (Milano). — *Sulle fratture del collo del piede.* — Riferisce sopra 7 casi molto interessanti di fratture del collo del piede, scelti fra parecchie centinaia di osservazioni, allo scopo di mostrare dentro quali limiti egli si è potuto servire della cura incruenta, e quando sono cominciate le necessità della cura cruenta.

ANZILOTTI (Livorno). — *Ulteriore contributo allo studio della cosidetta periduodenite.* — Discute sul nome da dare a lesione di tal genere, mostrando come quello di periduodenite sia forse il migliore.

Riporta 16 casi consecutivi a colecistiti, appendiciti ecc. Espone le varie forme cliniche dell'affezione, illustrandone la sintomatologia e la diagnostica. Per la cura consiglia in via generica la derivazione del circolo del chimo del duodeno; in alcuni casi le plastiche possono dare buoni risultati.

POTOTSCHNIG (Bressanone). — *La resezione gastroduodenale nell'ulcera perforata del duodeno.* — Su otto casi di ulcera perforata del duodeno (in cinque casi coesistevano altre ulcere del duodeno o dello stomaco) operati con la resezione, ha potuto ottenere sei guarigioni. Tra i casi guariti figurano una bambina di 11 anni ed un paziente arrivato 26 ore dopo la perforazione.

L'O., perciò, specie tenendo conto dei risultati definitivi, dichiara che la resezione gastroduodenale rappresenta per l'ulcera perforata il metodo curativo ideale.

Discussione.

NEGRONI. — Si congratula con il Patotsching per gli ottimi risultati ottenuti. L'O. invece, in 32 casi, sia per le condizioni generali dei pazienti, sia per le condizioni locali si è sempre limitato alla sutura della perforazione. Ciononostante ha avuto 19 decessi. Rimane quindi scettico di fronte alla statistica del Pototschnig ed a quella di Kunch, che su 7 casi resecati ha avuto altrettante guarigioni.

BASTIANELLI R. (Roma). — Bisogna ricercare per quali ragioni alcuni, facendo la resezione, abbiano risultati buoni, mentre a Roma, nella resezione, la mortalità va dal 45 al 50 %. Quando si presenta una perforazione il chirurgo si propone di salvare il malato; pochi sono i casi in cui conviene estirpare l'ulcera. La resezione che è indicata come cura dell'ulcera, non lo è come cura della perforazione. Augura al collega successi anche migliori.

BASTIANELLI P. (S. Giovanni Val d'Arno). — Ha trattato casi di ulcera duodenale perforata con sutura e gastroenterostomia. Crede che il successo si debba all'abilità del chirurgo, ma specialmente alla precocità della diagnosi.

ROSSI F. (Aquila). — In una seduta della Società francese di Chirurgia fu dibattuta la questione della resezione, che ebbe a paladino il prof. Duval. L'O. pensa che si debba fare la sutura accompagnata dalla g. e., senza la quale la mortalità è più alta. Nei casi in cui è difficile fare la g. e., è indicata la resezione.

CAPPELLI (Ancona). — È partigiano della sutura, in ossequio al principio che si debba fare il meno possibile, in un terreno nel quale non ci si può muovere con facilità. La g. e. è indicata quando sia necessaria, ad es. per stenosi risultante dalla sutura.

DONATI (Padova). — Contro la sutura semplice, che all'O. non ha dato buoni risultati sta il fatto che non si sutura su tessuto sano, ma inframinato. Il Pototschnig ha portato dei fatti. Desidera sapere se egli abbia in precedenza seguito altra tecnica con meno buoni risultati o se abbia fin dal principio seguito l'attuale linea di condotta.

POTOTSCHNIG (risp.). — Non ha applicato in via sistematica la resezione, ma ha fatto anche la sutura con o senza g. e. La sua esperienza è di pochi anni, ma fin da quando era allievo, egli ebbe occasione di constatare i cattivi risultati della g. e., per cui a poco a poco si è orientato verso la resezione. Crede che il mancato consenso verso di questo, sia dovuta almeno in parte alla tecnica. L'O. ha imparato la tecnica dell'Haberer, nella di cui clinica non ha mai osservato vomito post'operatorio. Non ritiene che quest'operazione, che dura 40-60 minuti, sia più grave della sutura con la g. e.

CHIAROLANZA (Napoli). — *Contributo alla chirurgia del grosso intestino.* — Riferisce su alcuni casi da lui operati con successo di chirurgia del grosso intestino (una emicolectomia d., una trasversectomia larga, tre resezioni del retto).

Mette in rilievo l'importanza di una diagnosi precoce. Quanto alla tecnica non crede si possano formulare norme generali, poichè ogni caso ha una fisionomia particolare e richiede un trattamento adeguato. Discute alcuni dettagli di tecnica specie riguardo alla sutura ed all'uso del bottone, di cui non è partigiano.

LATTERI (Palermo). — *Per ricostituire estese perdite del coledoco.* — Ha eseguito degli esperimenti sui cani allo scopo di studiare la ricostituzione del coledoco nei casi di ferite totali con perdita di sostanza. Essenzialmente l'O. sostituisce il tratto di coledoco resecato con un tubicino metallico, attorno al quale pone un lembo epiploico peduncolato. L'autopsia di alcuni animali in tal modo trattati ha mostrato che al posto del tratto asportato la nuova parete si presenta formata da mucosa rigenerata, che poggia su uno spesso strato di connettivo proveniente dall'omento.

Discussione.

STOPPATO (Parma). — Coglie l'occasione per rendere note alcune sue esperienze eseguite sui cani nelle quali egli è riuscito a sostituire un esteso tratto del coledoco con un tubicino peduncolato costruito plasticamente a spese della parete posteriore dello stomaco.

Descrive il metodo operatorio eseguito servendosi di figure schematiche proiettate sullo schermo.

SBROZZI (Fano). — *Contributo alla chirurgia delle vie biliari. La colecisto-appendicite cronica.* — Fa degli importanti rilievi a proposito di 39 interventi, da lui praticati, in quest'ultimo biennio, sulle vie biliari. Fa risaltare sopratutto la frequenza della sindrome colecisto-appendicitica (27 volte su 39), di cui illustra la patogenesi, l'anatomia patologica, la sintomatologia e la diagnostica.

L'intervento, preceduto sempre dalle cure mediche consuete, consistette, per la sindrome colecisto-appendicitica, nella colecistectomia, completata, quando occorreva, dall'appendicectomia.

I risultati ottenuti sono ottimi, poichè l'O. ha avuto solo due decessi, di cui uno per broncopolmonite embolica.

MAMBRINI (Mantova). — *Due casi di rottura traumatica sottocutanea della milza operativamente guariti.* — Avendo avuto occasione, nel periodo di un mese, di operare, con successo, mediante splenectomia, due casi di rottura traumatica della milza (V. storie cliniche), fa notare come tale accidente non sia tanto raro come può sembrare a prima vista. S'intrattiene poi sull'etiologia, sulla sintomatologia, sulla diagnosi, sulla prognosi e sulla cura dell'affezione. Mette in rilievo che alla splenectomia spetta il primo posto nel trattamento della splenoressi traumatica. Bisogna tener conto, però, dei possibili risultati lontani della splenectomia.

Discussione.

NEGRONI (Milano). — Ricorda che in un caso in cui le lesioni della milza non erano profonde, egli si è limitato alla sutura di questa, ottenendo

l'emostasi. Il malato è guarito. Nel suo reparto l'O. ha osservato in 4 anni solo sei casi di chirurgia della milza.

PETTINARI (Milano). — *Ricostruzione sperimentale del coledoco.* — Riferisce i primi risultati di una serie di ricerche comparative nel cane su diversi processi di ricostruzione plastica del coledoco, traendone le seguenti conclusioni:

1) la ricostruzione con lembi siero-muscolari auto- ed omo-plastici di parete intestinale o con sostituzione eteroplastica di trachea fresca non è possibile per rapida necrosi dei tessuti impiantati;

2) la ricostruzione con trachea fissata richiede ulteriori ricerche;

3) una ricostruzione completa si può avere con lembi epiploici peduncolati;

4) la continuità del coledoco si può ristabilire sulla guida dei tubi.

Discussione.

STOPPATO (Parma). — Osserva al Pettinari che per portare al successo le plastiche per sostituire il coledoco, devono, come queste essere formate di uno strato interno mucoso, uno medio muscolare ed uno esterno sieroso, ed avere assicurate le vie di nutrizione. Ciò non si può ottenere che con lembi peduncolati tolti dall'intestino o dallo stomaco. Solo così si può avviare da un lato alla stenosi, dall'altro alla necrosi del tratto sostituito.

PETTINARI (risp.). — Quanto alla necessità della mucosa nella ricostruzione del coledoco osserva che lo scopo della introduzione di un tubo metallico è solo quello di fare da guida al coledoco, che la parte mucosa rigenera molto facilmente. Naturalmente sarebbe interessante far ciò con un materiale riassorbibile. Si riserva di esperimentare il metodo del dott. Stoppato.

MERLINI (Bari). — *Raggi X ed anafilassi. Ricerche sperimentali.* — In esperienze eseguite su 23 cavie ha dimostrato un'influenza protettrice ed attenuatrice dei raggi X contro l'ictus anafilattico, la quale si comincia a manifestare specie dopo la quarta irradiazione.

L'O. per spiegare il fenomeno pensa che, data l'analogia che esiste tra la sindrome anafilattica e quella post-radiologica, si possa considerare quest'ultima come una sindrome anafilattica attenuata. In tal caso il fenomeno osservato dall'O. si potrebbe riavvicinare a quello che si ottiene col metodo di Besredka.

3ª Seduta — 26 ottobre 1926 (Pomeriggio).

Presiede il prof. DONATI.

MORPURGO, MILONE e VECCHI (Torino). — *Sugli innesti omoplastici in ratti trattati con bleu Trypan e con cloruro di calcio.* — **Partendo dalle ricerche di Lehmann e Tamman, gli OO. hanno** cercato in 82 trapianti omoplastici di cute sui ratti albini, di mutare i rapporti tra ospite ed innesto, mediante il blocco dell'apparato reticolo-endoteliale dell'ospite con il bleu Trypan, e di attenuare la reazione essudativa che cagiona l'eliminazione dell'innesto col cloruro di calcio.

Concludono che il Trypan rende possibile l'attecchimento di un lembo di pelle omoplastico anche nei ratti albini, ma che il lembo innestato dopo un tempo più o meno lungo viene eliminato, forse però solo a carico degli strati più superficiali. Le iniezioni di cloruro di calcio intorno al trapianto mitigano la reazione essudativa, ma non influiscono sull'attecchimento dei tessuti.

MORPURGO, MILONE e VECCHI (Torino). — *Sull'attecchimento di sarcoma trapiantato con la pelle di ratto recettivo, in ratto non recettivo.* — Gli OO., fondandosi sui risultati ottenuti dalle esperienze sopra riferite, hanno eseguite le due seguenti serie di ricerche sui ratti:

1) hanno trapiantato lembi di pelle, alla quale aderiva un pezzetto del sottostante tumore di ratti portatori di sarcoma, in ratti non recettivi;

2) hanno trapiantato lembi di pelle di ratto non recettivo in ratti recettivi, e sotto a quei lembi hanno introdotto un pezzettino del sarcoma. Tutti i ratti furono trattati col bleu Trypan.

Dai risultati ottenuti concludono che l'innesto omoplastico totalmente o parzialmente attecchito, può esercitare un'influenza favorevole o sfavorevole sullo sviluppo di un tumore a seconda che il tessuto innestato proviene da un organismo recettivo o da uno refrattario al tumore stesso.

Discussione.

BRANCATI (Roma). — Le comunicazioni del prof. Morpurgo aprono una nuova via alla spiegazione della recettività o refrattarietà dei topi all'innesto dei tumori.

L'O. ha fatto esperimenti su ratti refrattari all'innesto omogeneo del tumore e li ha resi recettivi con l'asportazione della milza, che è un organo che ha molta importanza nella produzione della refrattarietà dell'innesto. Ma ciò è completamente estraneo al concetto affermato dal Morpurgo che ha un grande interesse e potrà essere spiegato con altri fenomeni.

MARAGLIANO (Genova). — Ha fatto eseguire innesti omoplastici di pelle di coniglio, ottenendo risultati del tutto simili a quelli ottenuti dal Morpurgo.

MORPURGO (risp.). — Conosceva le esperienze del Brancati, che però non entrano nel suo tema. Ha ripetuto l'esperienza di Brancati ma non ha ottenuto il fenomeno di ripresa di recettività. Osserva che aveva omesso di ricordare una serie di esperienze, in cui tratti di pelle di animali refrattari venivano trapiantati in animali sensibili; nella regione dell'innesto l'animale si dimostrò refrattario.

RIGANO e SACERDOTE (Padova). — *Sugli innesti sottocutanei di pelle auto- ed omo-plastici.* — Hanno eseguito nel coniglio 20 innesti autoplastici e 20 omoplastici, mettendo l'innesto superficialmente, ma sotto la pelle dell'orecchio. I pri-

mi diedero origine ad una cisti epiteliale che si conservava perfettamente a distanza di un anno. Nell'innesto omoplastico invece si forma pure una ciste epiteliale, ma dopo un mese comincia la distruzione ed il riassorbimento di essa.

BRANCATI (Roma). — *Tumori sperimentali.* — Con una serie di proiezioni illustra i risultati di esperienze sui tumori che rappresentano il seguito di altri ottenuti antecedentemente.

Mediante l'ingestione di catrame o di asfalto aveva osservato nello stomaco di topi e ratti, tumori a forma papillomatosa o nodulari, a tipo epiteliale di rivestimento, con carattere infiltrativo e metastatizzante. Formazioni simili ha avuto con l'asfalto in polvere, dimostrando che l'azione è legata ad una parte del composto assimilabile e trasportabile a distanza.

Con sostanze che dal catrame vengono sciolte in acetone, pennellate sulla cute dei topi ha ottenuto corneomi e tumori epiteliali, mentre con le sostanze rimaste indisciolte nell'acetone e solubili in xilolo ha ottenuto scarse alterazioni. Da tale diverso comportamento pensa che l'azione cancerogena sia posseduta da sostanze solubili nei solventi dei grassi. Ha perciò utilizzata la colesterina in soluzione acetonica per pennellature, ottenendo la formazione di noduli nel polmone con struttura istologica simile a quella dei xantoni sperimentali.

Con l'applicazione di radium nel sottocutaneo ha osservato in un ratto la formazione in situ di un sarcoma a cellule polimorfe e con l'ingestione di bleu di aniline, un papilloma della vescica.

Dal complesso crede che tali neoplasie siano dovute a sostanze che su elementi poco differenziati provocano fenomeni locali di distruzione e rigenerazione cui ad un dato momento se ne aggiungono altri generali a distanza, di natura organica.

Discussione.

CASTIGLIONI G. (Pavia). — Ha in corso delle esperienze, nelle quali avendo cercato di assicurare all'azione del catrame quella dei raggi X, ha osservato nei punti direttamente irradiati ed incatramati e solo in essi una maggiore precocità nell'insorgenza del cancro in confronto dei controlli e degli animali in cui furono irradiati ed incatramati punti diversi.

LATTERI (Palermo). — Accenna a delle esperienze che ha in corso, intraprese allo scopo di produrre dei carcinomi della pelvi renale delle cavie e dei conigli mediante immissione nella pelvi di una pallottolina di catrame e cemento; finora egli ha potuto riscontrare delle alterazioni strutturali, che sono da considerarsi nel loro insieme come tipiche lesioni precancerose.

BRANCATI (risp.). — Le esperienze del Castiglioni assomigliano a quelle di Delmann, colla pennellatura di catrame dopo scarificazioni. Entrambe stanno a dimostrare che l'azione del catrame non è solo locale ma anche generale, dato che le scarificazioni o la produzione di radiodermite rendono più rapido l'assorbimento del catrame. Il caso dell'O. è il primo tumore ottenuto col radio.

Ringrazia il prof. Latteri cui osserva che la modalità di produzione del papilloma vescicale è ben diversa, trattandosi nel caso dell'O. di una neoplasia insorta dopo somministrazione per via gastrica di anilina.

BASTIANELLI P. (S. Giovanni Valdarno). — *Un tumore insolito alla regione prepilorica.* — Riporta la storia clinica di un paziente che venne operato con diagnosi di spasmo pilorico forse organizzato, in cui l'esame istologico dell'antro e del piloro asportati misero in evidenza un cancro a cellule cilindriche della mucosa gastrica ed un coristoma del pancreas nella tunica muscolare dello stomaco. Fa sul caso considerazioni cliniche, anatomopatologiche e patogenetiche. Data la tendenza dei coristomi a trasformarsi in autoblastomi egli ritiene che, dal punto di vista terapeutico, ne sia indicata l'asportazione.

TORRACA (Napoli). — *Carcinoma della ghiandola sottolinguale.* — Riporta un caso di carcinoma della ghiandola sottolinguale, che dovette avere nella sua evoluzione una lunga fase di benignità durante la quale fu preso per una ranula. Il paziente era un luetico. Fa notare la rarità di tali tumori, illustra il reperto microscopico del suo caso che ha interpretato come una forma acinosa.

SCALONE (Milano). — *Ricerche sull'ulcera-cancro dello stomaco.* — Riprende l'argomento dell'ulcera-cancro dello stomaco, esponendo rapidamente ciò che è risultato dall'osservazione di 130 resezioni gastriche. Illustra i vari reperti istologici che possono far pensare alla suddetta associazione. Egli ha particolarmente notato che la infiammazione dell'ulcera gastrica è costantemente a tipo eosinofilo, ed ha voluto seguire questo reperto anche nei cancri gastrici. In base a tale ricerca ha potuto stabilire che la frequenza dell'insorgenza del cancro sull'ulcera è del 25-30 %.

Discussione.

BRANCATI (Roma). — La questione della trasformazione dell'ulcera gastrica in cancro è tutt'ora aperta. Alcuni l'ammettono, altri la negano. Nella Clinica Chirurgica di Roma non ha mai visto la possibilità di ammettere che un'ulcera avesse dato luogo allo sviluppo di un carcinoma. La frequenza di localizzazione nei vari settori dello stomaco non coincide per l'ulcera e per il cancro. La storia del sofferente di ulcera è sempre diversa da quella del canceroso. E di essi è sempre diversa anche la costituzione organica. Per cui è ancora prematuro affermare che da un'ulcera si sviluppi un tumore.

MARAGLIANO (Genova). — Pur tenendo in considerazione le ricerche del Brancati, accetta con riserva le sue conclusioni, poichè ha visto tumori dello stomaco con sintomatologia di ulcera gastrica e tumori che si erano sviluppati sui bordi di un'ulcera gastrica.

SCALONE (risp.). — Si associa al prof. Maragliano, e dice che la questione dell'ulcera-cancro suscita oggi un interesse sempre maggiore dato l'aumento del numero delle resezioni.

Così si spiega che gli Americani, che fanno largo uso di resezioni, sono arrivati a statistiche del 100 %. Senza arrivare a questa cifra, egli afferma, qualunque sia il fattore che produce questa trasformazione, almeno il 30 % dei cancri è susseguito all'ulcera.

CASTIGLIONI (Milano). — *Ostosi circoscritte e diffuse e tumori ossei.* — Riporta alcuni casi di ostosi circoscritte e diffuse e ne descrive i reperti clinici. Si intrattiene sulla diagnosi differenziale con i tumori dell'osso, considerandone sopratutto il lato patogenetico.

MONTANARI (Forlì). — *Voluminoso osteocondroma del femore di origine traumatica.* — Riferisce su di un voluminoso osteocondroma del 1/3 inf. del femore d. in un ragazzo di 16 anni, il quale 4 anni prima aveva subìto nella medesima località un violento trauma e consecutivo ematoma.

Il tumore era rivestito da una spessa capsula e tendeva ad invadere e ad inglobare i muscoli vicini.

Fa rilevare l'importanza etiologica del trauma, affermando che esso è capace di determinare uno squilibrio nella normale attività biologica dei tessuti e quindi anche un neoplasma.

COLLICA (Palermo). — *Contributo clinico sulla cura dell'epitelioma cutaneo.* — Riferisce su alcuni casi di epiteliomi cutanei occorsi nella sua pratica di questi ultimi anni, allo scopo di dimostrare che solo la cura chirurgica può curare radicalmente l'epitelioma cutaneo; al contrario le radioterapie, anche nei casi di minima malignità e qualunque possa essere il loro meccanismo di azione, viene costantemente seguita da recidiva, perchè l'azione loro si limita solo agli strati superficiali del tumore, malgrado tutti i tentativi escogitati per influenzare anche le cellule cancerogene profonde. Ritiene quindi che sarebbe opportuna una legge che vietasse o limitasse, per lo meno, ai radiologi l'uso dei raggi o del radium in tali casi.

Discussione.

VESPIGNANI (Padova). — Il Collica non ci ha riferito la tecnica della radioterapia usata nei suoi casi, ma riporta solo gli insuccessi della radioterapia. Bisognerebbe fare le statistiche anche degli insuccessi operatori. Comunque nei tumori cutanei la radioterapia bene applicata è generalmente utile ed in caso di insuccesso si può sempre intervenire chirurgicamente.

COLLICA (risp.). — Per quanto riguarda la tecnica i suoi casi furono trattati dai migliori radiologi di Palermo. Si trattava della forma più benigna di epiteliomi cutanei. Ha raggiunto i migliori risultati con la cura chirurgica.

D'AGATA (Messina). — *Estesa resezione del fegato per angiocavernoma.* — L'interesse del caso è ancora accresciuto dalla efficacia di una speciale sutura emostatica, applicata dall'O. e consistente in una serie di fili ad U, di catgut infilati a doppio ed annodati in modo da risultare una serie ininterrotta di anse capaci di ischemizzare il tratto di fegato in tal guisa compressa. Un lembo di omento ricopriva la superficie di sezione. L'inferma è guarita e sta bene.

GARGANO (Napoli). — *Sulla molteplicità di neoplasmi in un medesimo soggetto.* — In una giovane di 23 a. si svolsero un fibro-osteosarcoma a mieloplassi del ginocchio e dell'estremo inf. del femore d. contemporaneamente alla degenerazione carcinomatosa di un fibro-adenoma della mammella sin., del quale la paziente era portatrice da circa 4 anni. È difficile stabilire un nesso istiogenetico tra i due blastomi a meno che non se ne voglia stabilire la loro natura infettiva.

MARAGLIANO (Genova). — *Modificazioni istologiche ed effetti fisiologici di glandole endocrine fissate ed incluse nel vivo.* — L'O. si limita ad esporre parte di alcune esperienze riguardanti: inclusione di glandole endocrine fissate. Per ora riporta le sue conclusioni sui galli. In questi animali i testicoli fissati possono cedere ormoni morfogenetici che vengono riassorbiti ed utilizzati. Per gli animali a costituzione superiore, sopratutto per i mammiferi più evoluti occorrono altre esperienze.

ZAMBONI G. (Perugia). — *Sulla cura delle cisti da echinococco del polmone suppurate ed apertesi in un bronco a mezzo del pneumotorace artificiale.* — L'O. riporta un caso di voluminosissima cisti da echinococco del polmone sinistro recidivata, eliminata con vomiti attraverso un bronco, curata col pneumotorace artificiale, e seguita da guarigione.

4ª e 5ª Seduta del 27 ottobre

Sedute in comune con la Società Italiana di Medicina Interna (V. fasc. 47, pag. 1627).

6ª Seduta — 28 ottobre (Mattino).

Presiede il prof. DONATI.

ROSSI C. (Bari). — *La frenico-exeresi nella cura della tubercolosi polmonare.* — Porta un notevole contributo sperimentale e clinico allo studio della frenico-exeresi come cura della tubercolosi polmonare, venendo alla conclusione che la frenico-exeresi non può da sola guarire la tubercolosi polmonare, mentre è capace di portare, in casi particolari, un ausilio terapeutico locale che, unito alla cura generale può mettere in grado l'ammalato di lottare meglio contro la malattia.

Discussione.

DONATI (Padova). — La comunicazione di ieri del Margaria ha dimostrato quel meccanismo simpatico dell'azione del frenico che era già stata

da me prospettata. La ascesa del diaframma dopo frenico-exeresi non dipende dal fatto che vi siano o no aderenze, ma da variazioni nell'innervazione del diaframma, specie per l'importanza del n. intercostale; tanto che il Demel ne ha proposto ed attuato la parziale resezione.

BONOMO (Bari). — *Studio degli scambi gassosi respiratori nei tubercolosi polmonari trattati con la collasso-terapia.* — L'O. espone i risultati delle sue ricerche atte a stabilire i criteri di valutazione della funzione respiratoria, in rapporto alla possibilità di applicare la collassoterapia. La grandezza respiratoria nei casi di tubercolosi iniziale è normale, nella maggioranza degli altri, aumentata, ciò che è dovuto il più delle volte ad una stimolazione tossica del centro respiratorio. Altre volte rappresenta un compenso. L'aria respiratoria diminuisce nei casi di insufficienza respiratoria: al disotto di 150-200 cmc. la collassoterapia extrapleurica è controindicata. Il valore del coefficiente respiratorio del CO_2 e del metabolismo basale hanno significato prognostico e permettono di controllare i risultati della collasso-terapia e perfino di indicarne quando è possibile (pneumotorace) la interruzione.

DI GIOIA (Palermo). — *Il tessuto reticolare degli organi parenchimatosi nelle infezioni sperimentali da stafilococco piogene.* — In conigli sperimentalmente infettati con culture stafilococciche, ha osservato nel tessuto reticolare del fegato, del rene e della milza, profonde alterazioni le quali mostrano un parallelismo di successione e di ubicazione con quelle che di regola colpiscono gli elementi parenchimali.

In queste indagini, le quali del resto hanno un periodo di osservazione limitato, non ha potuto constatare la possibilità di una ricostituzione della trama così alterata, per opera di un processo proliferativo da parte del tessuto reticolare superstite.

ROMANI (Padova). — *La vaccinazione preventiva contro le complicazioni polmonari post-operatorie.* — Allo scopo di prevenire le complicazioni polmonari post-operatorie ha adoperato su larga scala i vaccini polivalenti, Broncolimas e Pneumolimas, cominciando le iniezioni due giorni prima dell'intervento. Afferma che l'uso di tali vaccini è di grande e indubbia efficacia e del tutto esente da pericoli. L'utilità si manifesta anche nella cura di complicazioni già in atto.

Discussione.

ANZILOTTI (Livorno). — In tutte le lesioni del tubo gastro-enterico che fanno supporre che l'intervento possa mobilizzare i batteri ed in tutte le lesioni gastro-enteriche in cui sia facile avere complicazioni post-operatorie, fa precedere delle iniezioni di Caseal calcico, che gli danno buoni risultati anche per quanto riguarda le complicazioni bronco-polmonari.

TORRACA (Napoli). — Nella bronco-polmonite post-operatoria è stata adoperata a scopo profilattico la lobelina, e pare abbia dato buoni risultati. L'ha somministrata in quegli ammalati che avevano presente una complicazione laringo-tracheale, sintoma iniziale che prelude all'affezione bronco-polmonare. Sulla lunghezza del decorso non ha avuto alcun effetto; le condizioni del polso e del respiro sono andate migliorando. Questa sostanza ha bisogno ancora di essere studiata.

Quanto ai vaccini, manca l'accordo per sapere contro quali germi si deve agire. Due russi hanno osservato complicazioni bronco-polmonari in cui mancavano i germi delle affezioni polmonari acute ed erano presenti invece le spirochete di Castellani.

LUSENA (Genova). — Non ha sentito ricordare le esperienze fatte nell'Istituto Bezzi dal collega Delfino che cercava di studiare sperimentalmente la questione della cura della polmonite « ab ingestis », adoperando dei sieri. L'O. adopera costantemente la sieroterapia antipiogena polivalente; non ha mai avuto casi di polmonite « ab ingestis ».

DONATI (Padova). — Contrariamente a ciò che ha detto il Lusena tutti noi abbiamo avuto delle vittime in casi di questo genere. La sieroterapia introduce una grande quantità di corpi immuni che potrebbe avere una grande importanza. Bisogna insistere per cercare di risolvere questo arduo problema.

PUCCINELLI (Firenze). — *Splenectomia per porpora emorragica.* — Riferisce su di un caso di porpora secondaria reumatoide con spiccata piastrino-penica, in cui ha potuto con la splenectomia vincere la fase emorragica ed attenuare tutta la sindrome morbosa.

Fa importanti considerazioni sulla fisiopatologia del sangue e della milza e sulla patogenesi e classificazione della porpora emorragica, aggiungendo come contributo tre casi di splenectomie praticate per rottura traumatica di milza malarica, e seguite da miglioramento dello stato generale.

Egli pensa che la porpora emorragica piastrinopenica sia sempre secondaria e che la splenectomia debba limitarsi solo alle forme nelle quali i fatti emorragici si accompagnano a piastrinopenia.

Discussione.

LUSENA (Genova). — Desidera conoscere i risultati dell'esame microscopico.

PUCCINELLI (risp.). — L'esame istologico non rivela lesioni caratteristiche ma solo: iperplasia del tessuto linfatico, aumento dei follicoli, emorragie nei medesimi.

RONZINI. — Domanda se il Puccinelli ha tenuto conto nel suo caso del tempo di coagulazione e se ha osservato modificazioni del tempo di emorragia dopo la splenectomia

PUCCINELLI (risp.). — Il tempo di emorragia da 7 minuti prima della splenectomia, è divenuto dopo questa di 2 minuti e mezzo. Il tempo di coagulazione è sempre stato normale. Ritiene però che per la diagnosi si debba dare valore al numero delle piastrine.

7ª *Seduta — 28 ottobre (Pomeriggio).*

Presiede il prof. DONATI.

CARMONA (Palermo). — *Alcune considerazioni sopra un caso di morbo di Hodgkin.* — Descrive per esteso e accuratamente la sintomatologia di un caso di morbo di Hodgkin, soffermandosi sopratutto sulla sua patogenesi.

ROSSI F. (Aquila). — *Casistica di cisti di echinococco.* — Riporta i casi di cisti di echinococco, occorsi sotto la sua osservazione, e ne descrive i sintomi più salienti, gli interventi eseguiti, i risultati ottenuti.

Discussione.

BRANCATI (Roma). — L'apertura della sacca del pericistio non è di 20 a. fa, come ha detto il collega Rossi, perchè fu fatta nel 1885 dal Thornthon.

Per le cisti del fegato si può discutere solo se convenga chiudere quando esiste un leggero gemizio di bile. In alcuni casi, anche con un po' di tale gemizio, abbiamo chiuso con buoni risultati; l'unico pericolo è che la sacca si infetti, ma si è sempre in tempo a riaprire, mentre con la chiusura si ha il vantaggio di una guarigione, almeno clinica, in 15 giorni.

Per il polmone, al contrario non chiudiamo mai, ma suturiamo il pericistio alla parete toracica, perchè attraverso i bronchi è più facile l'infezione.

Per la milza pratichiamo la resezione o, se la cisti ha inglobato tutto l'organo, la splenectomia.

Nella chiusura per primam adoperiamo anche noi la formalizzazione della cavità cistica.

Per il vuotamento della sacca l'aspiratore risponde molto bene nelle acefalocisti; quando vi sono numerose cisti figlie ci serviamo di grossi cucchiai.

CACCIA (Roma). — Ha operato venti casi di cisti di echinococco di vari organi. Nelle cisti addominali in principio faceva la marsupializzazione, poi ha costantemente chiuso per primam, usando la precauzione di addossare la parete cistica chiusa alla parete addominale. I suoi pazienti sono tutti guariti.

ROSSI F. (risp.). — Ringrazia i colleghi per il contributo che hanno portato.

BEDARIDA (Torino). — *Acroasfissia parestesica da arterite e da endoflebite produttiva.* — In seguito alle indagini cliniche ed anatomo-patologiche eseguite in due casi di acroasfissia parestesica delle estremità inferiori, nei quali la diagnosi anatomica fu di « arterite ed endoflebite produttiva diffuse a quasi tutti i vasi dell'arto inferiore », l'O. conclude che l'endoarterite obliterante del tipo Whiniwarter, la cui etiologia rimane oscura, « è una malattia primitiva, dell'età giovanile a carattere cronico e progressivo con quadro anatomopatologico caratteristico, che si accompagna con alterazioni delle vene pure a carattere obliterante ».

Discussione.

BRANCATI (Roma). — La comunicazione del collega è molto interessante dal punto di vista anatomopatologico. L'O. prospetta un altro lato della malattia di Whiniwharter, quello del trattamento. Le ricerche del Bedarida fanno pensare che si potrebbe agire sul sistema vasale, ma in un caso tipico osservato dall'O., la simpatectomia in primo tempo diede un ottimo risultato; ma in seguito fu necessario ricorrere alla demolizione.

RONZINI. — Ritiene opportuno che il Bedarida esponga più dettagliatamente il quadro clinico dei casi comunicati, allo scopo di stabilire se si fosse trattato di morbo di Raynaud o di eritromelalgia.

SCALONE (Milano). — Osserva che le ricerche del Bedarida sono incomplete dal punto di vista di poter giudicare fino a che punto si può fare la simpatectomia. Se il collega avesse studiato istologicamente come si comportano le fibre nervose simpatiche, avrebbe visto che mano a mano che aumentano le alterazioni degenerative della parete, si trovano alterazioni in tutte le fibre nervose simpatiche, fino alla mancanza assoluta di queste fibre negli arti. Il chirurgo deve tener presente che è inutile fare la simpatectomia nel caso che il simpatico non possa più reagire.

DONATI (Padova). — I casi osservati dal Bedarida sono tanto avanzati, da creare difficoltà nello stabilire la primitività o meno delle lesioni.

Per quanto riguarda la cura, nei casi non avanzati, è certo che lo stiramento dei nervi, oggi quasi abbandonato, agisce; il meccanismo non è molto chiaro. Giordano recentemente in un caso ha avuto vantaggio associando la simpatectomia con lo stiramento dello sciatico.

BEDARIDA (risp.). — Per quanto ha detto il Brancati si domanda se si deve fare una simpatectomia nei casi in cui vi sono evidenti alterazioni vasali e dove circola poco sangue.

Allo Scalone risponde che i nervi furono ripetutamente esaminati; nei nervi misti non ha riscontrato niente; nel simpatico in qualche caso ha veduto delle alterazioni, ma poco decisive a causa della difficoltà nella colorazione delle fibre simpatiche.

Al Ronzini ricorda che nei suoi casi si trattava di forme dolorifiche. Esistevano alterazioni della sensibilità. Fu facile la distinzione clinica con il morbo di Raynaud. Non si trattava sicuramente di arteriosclerosi.

DONATI (Padova). — È probabile che dove la lesione arteriosa è grave, anche il simpatico periarterioso sia, a sua volta, più omeno gravemente leso. In tali casi, la simpatectomia a monte potrebbe avere un'efficacia relativa, per essere i suoi effetti, già almeno in parte, scontati. Tuttavia non si può escludere un'azione favorevole della simpatectomia periarteriosa, anche in tali circostanze, sul circolo capillare periferico, e in genere sul circolo collaterale.

RONZINI. — Riferisce sopra un caso di eritromelalgia in un soggetto che mostrava segni di iperfunzione ipofisaria, illustrandolo con una tavola a colori e con una radiografia del cranio.

Egli considera l'E. come una malattia di natura simpatica, spesso asosciata a turbe endocrine. Ritiene che il trattamento chirurgico si debba rivolgere a modificare l'innervazione simpatica dell'arto ammalato.

CACCIA (Roma). — *La flebectomia inguinale nell'operazione del varicocele voluminoso. Contributo tecnico-casistico.* — Fa notare che egli 25 anni or sono ideò il metodo inguinale per l'operazione del varicocele voluminoso, nella considerazione che l'ernia accompagna sempre il varicocele per lo più allo stato di punta. Da quell'epoca ha operato e fatto operare 593 casi di varicoceli per via inguinale.

Mette in rilievo i vantaggi del metodo, con il quale, oltre all'operazione dell'ernia concomitante, è possibile, fare nel miglior modo la sospensione interna del testicolo.

Discussione.

TORRACA (Napoli). — Da diverso tempo adopera questo metodo, che rende semplicissimo l'intervento, perchè si cade sempre su di un solo vaso, e permette di vedere se esiste un'ernia.

ANZILOTTI (Livorno). — Fin da quando egli era studente, vedeva adattare il metodo del Caccia, dal prof. Ceci; con il triplice scopo di curare l'ernia di poter fare l'estirpazione del varicocele, e di poter lavorare su di un campo sterilizzabile.

DONATI (Padova). — Usa anch'egli la via alta, quando va in cerca del sacco, che non è costante.

GHIRON (Roma). — *Esperimenti di sutura dei vasi (aorta addominale).* — Partendo dalla considerazione che i comuni processi di plastica e di sutura arteriosa non sono applicabili nella cura degli aneurismi per le condizioni della parete vasale, l'O. ha eseguito su 12 cani la sutura dell'aorta addominale, sezionata circolarmente, mediante 4-5 punti di seti vasellinata e ricoprendo poscia l'arteria con una sostanza, la quale solidificandosi aderisce alla parete in modo da costituire uno strato impermeabile e resistente. Dai risultati ottenuti (sei successi) l'O. ritiene che questa via sia da tentarsi per la cura degli aneurismi.

ORIANI (Thiene). — *Ernia strozzata nello spazio di Douglas.* — Descrive un caso di ernia strozzata nello spazio del Douglas, l'intervento e i risultati del suo intervento.

CROSTI (Milano). — *Occlusione intestinale da cisti mesenterica.* — Riferisce su di un caso di occlusione intestinale, causata da una cisti mesenterica del volume di una arancia, la cui parete era calcificata ed il cui contenuto era costituito da pus; l'esame culturale del pus rivelò lo stafilococco piogene albo.

ROMEO (Napoli). — *Innesti di aponevrosi fissata su perdite di sostanza della parete intestinale.* — Ha innestato, nei cani, su una perdita di sostanza a tutto spessore della parete intestinale un romboide di aponevrosi, fissato in formalina, ricoprendola, a scopo protettivo, con un lembo epiploico peduncolato.

Ha potuto così vedere che la massima parte dell'aponevrosi innestata viene eliminata per il lume intestinale, mentre alcuni segmenti di essa restano inglobati tra le tuniche intestinali e vengono penetrati da giovani elementi connettivali di varia provenienza. La riparazione, cui partecipa anche il lembo epiploico, consiste essenzialmente in una neoformazione di giovane connettivo.

CAVINA (Bologna). — *L'iniezione di alcool nel ganglio di Gasser nella cura delle nevralgie del trigemino.* — Descrive la sua casistica di nevralgie del trigemino curate mediante la iniezione di alcool nel ganglio di Gasser.

Discussione.

DOGLIOTTI (Torino). — Nega che si possa raggiungere il ganglio di Gasser dalla via laterale.

DONATI (Padova). — Si stupisce della possibilità di limitare volontariamente l'anestesia a 4/5 o 5/6 della cornea. D'altra parte resta a dimostrarsi se l'ablazione del ganglio di Gasser porta sempre alla cheratite paralitica. La via di accesso sarebbe bene dimostrarla.

CAVINA (risp.). — In molti casi si può, senza essere assoluti, mano mano che si vede sorgere in una data regione della cornea l'anestesia, ritirare l'ago. Con questo accorgimento di tecnica si può salvare la cornea.

Al Dogliotti risponde che non è difficile far penetrare l'ago, basta conoscere la posizione del foro ovale. Egli riserva la via laterale a quei casi in cui il liquido non si deve diffondere rapidamente. Afferma che e per via arteriosa e per via obliqua è possibile distruggere il ganglio.

DONATI (Padova). — Osserva che il Dogliotti non contesta il risultato ottenuto, ma l'interpretazione del risultato, che si può avere con un'anestesia radicolare sia pure nelle vicinanze.

CIMINATA (Roma). — *Risultati dell'ipofisiectomia sperimentale col metodo temporale intracranico.* — Riporta i risultati di esperimenti sulla chirurgia dell'ipofisi, in base ai quali conclude che il metodo di Paulesco permette di eseguire aseticamente ed in buona luce l'ipofisiectomia totale, senza ledere le formazioni anatomiche della base del cervello. I cani in tal modo operati dall'O., mostrarono la possibilità di sopravvivere, per parecchie settimane fino a due mesi, venendo poscia a morire per alterazioni della dura madre e della corteccia cerebrale, provocate dal trauma operatorio.

BAGOZZI (Milano). — *Su due casi di neurotomia retrogasseriana.* — Riferisce su due casi di neurotomia retrogasseriana, per nevralgia del trigemino ribelle, seguito da guarigione in entrambi i casi. Tecnicamente ha adoperato il metodo Hart-

ley-Krause-Prat e non ha osservato nè deformazione nè paralisi del facciale, come appare dalle fotografie dei suoi operati che egli mostra alla assemblea. Afferma che l'intervento non richiede soverchia abilità, ed eseguito in due tempi può anche essere facilitato, per cui lo si deve consigliare in tutti i casi di nevralgie del trigemino ribelli ai comuni mezzi incruenti.

NISIO (Bari). — *Sul trattamento delle ferite rettali e retto-vescicali.* — Con riferimento alla osservazione di un caso di ferita da impalamento della parete anteriore del retto, complicata a rottura extraperitoneale della vescica, l'O. discute ampiamente la quistione della terapia delle ferite retto-vescicali. Egli pensa che il chirurgo debba ispirare la sua condotta alle circostanze del singolo caso, tenendo sopratutto presente la possibilità di guarigione incruenta di dette ferite. L'atteggiamento preso dall'O., nel suo caso, fu perciò astensionistico, ma poichè il cateterismo vescicale a permanenza non impediva all'urina di incanalarsi per la ferita vescicale, data l'ubicazione di questa, tale inconveniente fu evitato con la posizione prona del malato. Con questo espediente si riuscì ad ottenere a grado a grado la guarigione completa.

Discussione.

CROSTI (Milano). — Nelle ferite retto-vescicali la necessità di una derivazione dell'urina è subordinata alle condizioni di sepsi dell'individuo; se queste sono gravi è necessario derivare. Anche l'altezza della lesione del retto è importante. Se si ha una lesione della cloaca non si deve perdere tempo, mentre se la lesione è più alta, è facile che non vi sia una comunicazione diretta. Non è possibile quindi dare regole generali.

BUFALINI (Pisa). — *Manifestazioni paralitiche tardive, progressive in individui portatori di spina bifida occulta.* — Ha osservato tre casi di manifestazioni paralitiche tardive in individui portatori di spina bifida occulta.

L'O. tratta del rapporto paralisi-spina bifida nelle forme cosidette occulte, ed a proposito di uno dei suoi casi, in cui si aveva una sindrome assai complessa di paralisi spastica di ambo gli arti inferiori, richiama l'attenzione sulle moderne vedute che tendono a mettere in rapporto la siringomielia con la spina bifida.

SIMEONI (Napoli). — *Contributo al trattamento in abduzione delle fratture dell'omero.* — Porta un contributo alla cura in abduzione delle fratture dell'omero, descrivendo tale terapia applicata ai casi occorsigli.

SALOTTI (Padova). — *Un caso di cisti dermoide del midollo spinale.* — Descrive un caso, osservato in un uomo di 31 a., di cisti dermoide del midollo spinale, che occupava tutto lo spazio destinato al midollo, compreso dalla 12ª d. alla cauda equina, il quale era ridotto ad una sottile lamina disposta a semiluna nella porzione ant. dello speco.

A causa della evoluzione clinica (i primi sintomi si erano iniziati 17 a. prima) l'O. è indotto a sospettare un'alterazione dello sviluppo embrionale.

TORNATORE. — *Resezioni articolari post-traumatiche.* — Ha eseguito con eccellenti risultati 4 resezioni articolari per anchilosi posttraumatiche (di cui tre del gomito ed una dell'anca). Presenta le radiografie dei casi operati ed espone i principii generali di tecnica seguiti e le cure post-operatorie, insistendo sopratutto sulla necessità di fare una resezione larga e sottoperiostea per avere una neoartrosi rispettivamente mobile e solida.

FUSARI (Valdotra). — *Due casi di lussazione patologica dell'anca nell'infanzia.* — Riferisce su due casi di lussazione patologica dell'anca, nel primo dei quali la lussazione era imputabile a metafisite cervicale superiore del femore, nel secondo ad una osteomielite della prima infanzia. Fa rilevare come il metodo di Paci-Lorenz applicato anche a questi casi di lussazione patologica ha pienamente corrisposto.

LORENZETTI (Milano). — *Contributo allo studio delle cisti ossee solitarie.* — Ha raccolto 4 casi di cisti ossee solitarie, dei quali riassume le storie cliniche. Dopo uno studio accurato di questi casi dal punto di vista istopatologico, l'O. tenta una spiegazione etiopatogenetica di queste forme, e termina accogliendo la spiegazione di Mikulich, che attribuì il processo ad un fatto osteo-distrofico.

BERTOLANI (Milano). — *Contributo alla casistica dei tumori delle vie biliari extra-epatiche.* — Ha eseguito uno studio clinico-operativo ed anatomopatologico sui neoplasmi delle vie biliari extraepatiche, disponendo di 14 carcinomi operati (appartenenti ad una casistica di 355 interventi sulle vie biliari) e di 85 carcinomi di sala anatomica.

Per quanto riguarda il rapporto calcolosi-cancro, l'O. mentre ha notato la grande prevalenza della manifestazione del cancro in vie biliari affette comunque da processi infiammatori ad evoluzione molto avanzata, ha rilevato invece che in questi ultimi processi è una vera rarità la presenza di una reazione fibro-epiteliale a tipo genuino blastomatoso.

*
* *

Il nuovo Comitato esecutivo è risultato così eletto:

Presidente: Prof. AMBROGIO FERRARI (Parma); *Vice-presidenti*: Prof. RICCARDO DALLA VEDOVA (Roma) e Prof. BARTOLO NIGRISOLI (Bologna); *Consiglieri*: Prof. G. LUSENA (Genova) e Prof. G. RAZZABONI (Parma); *Segretario*: Prof. R. BRANCATI (Roma); *Cassiere*: Prof. G. BAGGIO (Roma).

Temi: 1) *La stitichezza abituale. Patogenesi e terapia* (in comune con la Soc. Ital. di Medicina);

2) *La valutazione della resistenza dell'operando e i mezzi per diminuire il rischio operatorio.*

A città del futuro Congresso è stata prescelta Parma.

A. FIORENTINI - E. MINGAZZINI.

XXXV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Modena, 10-14 ottobre 1926.

Vi parteciparono in gran numero i soci della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia e fra essi quasi tutti i direttori delle cliniche italiane, oltre a S. E. l'on. sen. prof. LUIGI MANGIAGALLI, rettore dell'Università di Milano, ministro di Stato e presidente onorario della Società.

Il Congresso è riunito nell'Aula Magna dell'Università di Modena, l'Università di Scarpa e di Spallanzani; nella città di Falloppio.

La seduta inaugurale fu circondata da speciale solennità per i discorsi del R. Commissario del Comune, del rettore dell'Università, prof. PIO COLOMBINI, del presidente effettivo della Società prof. GUZZONI DEGLI ANCARANI, che tracciò in brevi linee la *storia dell'insegnamento dell'Ostetricia a Modena.*

Nel pomeriggio dello stesso giorno, il 10 ottobre, iniziarono le sedute scientifiche con le Relazioni:

1ª RELAZIONE. — Prof. LUIGI MANGIAGALLI.

Mezzo secolo di esperienza nella cura dei fibromi e del cancro dell'utero.

Ricorda il R. — per i fibromi — la sua lunga esperienza che si inizia dal 1875 quando la cura chirurgica dei fibromi era ai primi albori (Pean, 1873) e non era iniziata quella per il cancro (Freund, 1878). Vecchie operazioni vaginali ed addominali (Gutberlet, 1814, Santer, 1822, Langenbeck, 1844) non avevano avuto seguito.

In un primo periodo le cure per il fibroma consistevano in quelle emostatiche (segale) e iodiche, nell'attesa della menopausa da cui si sperava cessazione delle emorragie e diminuzione di volume del tumore.

La cura chirurgica iniziò per i *polipi fibrosi* con eccessiva preoccupazione per il peduncolo. Il R. allora (1888) si cimentava con buon successo anche nell'*escissione dei fibromi cavitari*, mentre il Gusserow ne riuniva 154 casi col 33 % di mortalità operati per vagina e 533 casi di asportazione per addome col 34,8 % di mortalità. Paventando questa alta mortalità ci si rivolse alla *castrazione ovarica* (Trenholme-Hegar già dal 1876).

La prima laparoisterectomia per fibroma fu dal R. praticata nel 1878 e da allora l'ha ripetuta millecinquecentonovantotto volte. Considerando tutti i casi facili, difficili, complicati, nell'ultime centurie la mortalità fu del 5 %. Molto si temeva del peduncolo, prima perciò messo all'esterno, poi, dopo tentativi di isterectomia totale per eliminarlo, messo retroperitonealmente.

La *terapia fisica* iniziata con la corrente galvanica si affermò con la roentgenterapia, che dette anche disastri, perchè applicata in ogni caso (anche per fibromi complicati) o per diagnosi errata o per casi di fibromi con nuclei sarcomatosi (5 %).

« *I raggi X solo se ben applicati meritano un alto posto nella terapia dei fibromi* », conclude il R. Essi sono specialmente utili, come prima le cure emostatiche come la castrazione, nei tumori interstiziali.

Mentre la castrazione chirurgica ed i raggi X tolgono la funzione e lasciano il tumore e la cura chirurgica radicale toglie funzione, utero e tumore, la *miomectomia*, cui ci si rivolse negli ultimi anni, toglie il tumore e lascia utero e funzione. Deve esser preferita nella vita sessuale delle pazienti. Il R. praticò 135 volte la miomectomia (3,7 per cento di mortalità) e 16 volte la praticò in gravidanza (9 gravid. conservate). Conclude il R.: « *Nella cura dei fibromi uterini la terapia fisica (raggi X) ha preso notevole posto accanto alla chirugia conservativa che mantiene i suoi diritti e può aumentare il suo dominio se la diagnosi precoce le aumenterà le indicazioni* ».

Per la *terapia del cancro* ricorda cenni storici di quella *medica* di Fabricio Hildano (1560-1631). Per quella *chirurgica* ricorda il giudizio ostile di Lawson Tait. Il R. praticò la prima isterectomia per cancro nel 1879. Da allora fino a tutto il 1925 la ripetè 587 volte, di cui 476 per vagina con mortalità del 17 %. Mentre nel primo periodo erano estese sempre più le indicazioni operative sia per la tecnica addominale (Wertheim) che per quella vaginale (Schauta-Peham), di poi furono limitate ai casi iniziali come indicò il R. al Congresso di Parigi (1900).

La troppo frequente recidiva fece rivolgere il pensiero alla *terapia fisica*. Ricorda l'esperienza degli altri: Wintz: 800 casi con raggi X, guarigioni dopo 5 anni: 16,2 %; Woltz: 1823 casi di Roentgen con 305 guarigioni assolute (media generale di guarigione: 16,9 % e per i casi operabili: 41,6 %).

Per il radio riferisce quanto gli risulta dalla sua esperienza 1375 casi 226 guarigioni (16,8 %), casi inoperabili ed operabili. Crede il radio possa guarire radicalmente il cancro.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — La miomectomia — giusta la diagnosi e corretta la tecnica — deve esser preferita, evitando condizioni favorevoli alla recidiva. Opera il cancro del collo e del corpo uterino, valendosi della curieterapia post-operatoria. Taluni casi inoperabili poterono esser operati dopo curieterapia (cicatrizzazione dell'ulcera cancerosa, riacquistata mobilità dell'utero). Non è contrario ad operazioni limitate (amputaz. alte del collo) seguite dalla curieterapia.

Prof. FERRONI (Firenze). — Preferisce la cura conservatrice dei fibromi senza cadere per questo nell'eccesso ad evitare postumi pericolosi. Nel caso dell'isterectomia preferisce la totale e non ha visto aggravare la prognosi. Cura il cancro del corpo con l'isterectomia totale con risultati buoni, come non si hanno con l'irradiazione. Per il cancro cervicale inoperabile, dal radio non ebbe guarigioni stabili. Ebbe due donne sole guarite coll'irradiazione, mentre colla Wertheim ebbe il 18-20 % di donne guarite e così la preferisce associata alla cura actinica post-operatoria. Non vuol praticare operazioni parzialmente demolitrici.

Prof. NAMIAS (Mantova). — Iniziò la chirurgia conservatrice nei fibromi da venti anni ed allora non era da tutti seguita.

Dott. DE PACE (Brindisi). — Riferisce di tre casi di cancro del collo uterino assoggettati alla radiumterapia. Tutti e tre andarono a morte.

Prof. SFAMENI (Bologna). — Per la cura dei fibromi la radioterapia e la cura chirurgica possono procedere parallele, quest'ultima preferibile quando non esistano complicanze generali. Quando è possibile, meglio la cura conservatrice. Le recidive per lo più dovute a sviluppo di noduli preesistenti alla operazione, talora a nuovi noduli, non si hanno in caso di gravidanza successiva.

Per il cancro: trattamento actinico, meno che per quello del corpo. Col radio il cancro del collo non gli dette finora recidive in quattro anni, mentre ne ha con l'operazione anche a distanza di pochi mesi. Alla cura del radio fa seguire l'irradiazione, che meglio agisce sui gangli metastatici. Fa cure intense e prolungate col radio (100 millg. e 100 ore per volta).

Prof. MIRANDA (Napoli). — Riferisce un caso di recidiva di fibroma dopo miomectomia. Per il cancro inoperabile: l'actinoterapia; per gli operabili l'operazione dopo della quale Tesauro ha visto tornare alla norma i valori principali costanti del sangue alterati per il cancro, che invece non sono influenzati dall'actinoterapia. Conviene sull'utilità dell'actinoterapia post-operatoria.

Prof. MANGIAGALLI (Relatore). — Per i *fibromi*, afferma che la miomectoma deve aver la preferenza per tutti i chirurgi, se non vi sono controindicazioni nette e bisogna saper persuadere le donne, nella diagnosi precoce del fibroma, per l'operazione, che allora può esser conservatrice. Per la radioterapia nel cancro non può dire i risultati lontani, data la mobilità della popolazione di Milano, ma se si conviene il radio guarisca i casi inoperabili perchè non si deve ammettere guarisca i casi operabili? Egli pratica anche la radiopuntura transperitoneale per laparatomia con buon esito. Su 268 casi ebbe un solo caso di morte. Il radio è efficace a 3 cm., quindi può raggiungere il neoplasma anche nella cavità uterina. Non nega l'utilità dell'intervento chirurgico in determinati casi. L'avvenire nella cura del cancro è per il radio.

2ª RELAZIONE. — Prof. E. PESTALOZZA (Roma).

Il bilancio scientifico della Società ital. di Ostetricia e Ginecologia nel suo primo giubileo.

Lo spoglio dei lavori della Società rivela lo specchio fedele dell'attività scientifica e dell'indirizzo della ostetricia e ginecologia italiana ed è dimostrazione della fusione intima delle due branche della nostra specialità e dei rapporti, che esse hanno con le altre branche della medicina, i cultori delle quali parteciparono anche ad alcuni congressi. La serie dei lavori pubblicati dimostra che debbonsi rivendicare alla scienza italiana non pochi dei progressi di nostra scienza e di nostra arte.

La successiva illustrazione dei vari argomenti trattati dai soci negli Atti dei vari congressi è fatta con mirabile ordine e nessuno degli Autori vi è dimenticato. Non può naturalmente esser riferita senza ripetere quasi in ogni sua parte la bella Relazione che meritamente ebbe l'unanime plauso dei soci presenti al Congresso, come incondizionato avrà quello degli assenti, perchè tutti vi vedranno ricordato con benevolo e giusto comento il proprio lavoro.

Gli argomenti principali nei quali sono raggruppati i vari lavori sono quelli del:

Cancro con i lavori di Mangiagalli (1894), Pestalozza (1897), Acconci (1895), Raineri e Pinzani (1905), Bergesio (1906), Ferroni (1908), Cova (1909), Cuzzi A. e Zancla (1911), Piccoli S. (1903), e per la radioterapia: Artom, Gelli, Oliva, Rocchi, Spinelli M., Bolaffio (1920-24). Dopo un trentennio (1894-1924) l'operabilità del cancro risultò immutata a Mangiagalli in Milano (22-21 %) donde la necessità d'intensificare la lotta contro il cancro.

Retrodeviazioni uterine,. isteropessi e prolasso, ai quali argomenti portarono contributi Pinzani (1894), Bidone (1896-98), Pinzani stesso (1895), Micheli (1923), e poi ancora Micheli (1897) e Pestalozza (1906) per proposte di nuovi processi oper. di isteropessi, quello di Pestalozza illustrato da Ferroni (1907), da Cuzzi G. (1912). Ancora Pestalozza propone l'intervento laparotomico in luogo della provocazione dell'aborto nell'utero gravido retroflesso incarcerato, seguito da Cova (1912) e da Miranda (1924), da Oliva e da Viana. Guzzoni (1898), Pinna Pintor e Nava ancora fanno proposte di tecnica operativa sullo stesso argomento. Per il prolasso il R. ricorda i lavori di Morisani (1897), il metodo operativo di Pestalozza illustrato da Caterina, Resinelli, Ferroni, Pinzani, D'Erchia, Ragusa (893 casi del metodo). Seguono Gall e Guzzoni per la *fissazione del collo* alla Bumm e per la *distocia da colporrafia mediana ant.*; Cosentino per la *inversione uterina.*

L'*osteomalacia* ebbe studiosi in Truzzi (cura della castrazione), Rocchi (*cura della cloroformizzazione*), Bossi (*patogenesi surrenale*), Zanfrognini e Ciulla (surrene in gravidanza), Artom (*origine infettiva del morbo*).

Ricorda il R. il venerando Fabbri per la *patogenesi del poliamnios e nell'anencefalia.*

Per l'*asepsi* e l'*antisepsi nel parto* ricorda i lavori di Acconci, Miranda e Rossi Doria (1895).

Per il *taglio cesareo nella placenta previa* portarono preziosi contributi Pasquali (1895), Caruso (1900), Raineri (1906), Bossi (1907), per la terapia della previetà placentare, Cova (1911), De Porenta (1921), Cattaneo ed Artom, Santi, Alfieri, Cova (1923), Viana (1924), Croci per l'invasione coriale della parete uterina nella placenta previa e conseguente rottura d'utero, che ricordano i lavori di Poso e di Cuzzi G. (1910).

Per il *corionepitelioma*: la relazione di Pestalozza (1913) oltre un precedente lavoro (1895), quelli di Resinelli e di Giglio, di Patellani, di Niosi, di Pazzi.

Il R. si sofferma sull'importanza della dottrina

del corionepitelioma, del trapianto nell'organismo materno di elementi ovulari, della conseguente patogenesi dell'autointossicazione gravidica per l'*eclampsia* che sono i trovati dei suoi studi.

E per l'*eclampsia*, oltre i suoi, ricorda il R. i lavori di Pinzani (*origine infettiva*), di Guicciardi (*alterazioni placentari*), di Acconci G. (Relazione 1924) per la dimostrazione della patogenesi della malattia da processi disintegrativi degli elementi placentari. Argomenti analoghi trattarono Clivio (1901), Resinelli e Caruso (1903), Acconci (1909), Gaifami (1912), Campione (1900), Perondi (1906), Castagna (1924), Simone (1901), Patellani (1906).

Merletti (1904) con la bella relazione su tubercolosi e gravidanza, Mangiagalli (1919), con la relazione su profilassi antitubercolare infantile, dettero lavori importanti sull'argomento, come Sfameni per i rapporti fra sifilide e gravidanza, cui seguirono i lavori di Clivio, Mancini, Artom e Cappellani (Relazione).

La relazione di Mangiagalli (1912) su l'*appendicite nel campo ostetrico e ginecologico* provocò la più animata discussione, come quella di Bertino (1921) su le *pieliti in gravidanza*, cui seguirono i lavori nel campo dell'*urologia* (Gaifami, Colombino, Cattaneo, Artom).

Nel campo della *terapia ostetrica* Cova, Procopio e Santi (1912-13) dettero contributi sull'uso degli *estratti ipofisari*; in quello dell'ostetricia operativa Bossi (1899), Raineri, Vicarelli (per la trivella craniotomica, modificata da Micheli) Bordè, Pazzi, Sirena Corleo (per modificazioni al forcipe) dettero buon contributo.

Per l'*allargamento del bacino*: Pinzani (1898), Pazzi, La Torre (posizione Walcher-Melli e Scipione Mercurio) Morisani (sinfisiotomia), Gigli (pubiotomia) provocarono ampie discussioni cui parteciparono specialmente Pestalozza, Resinelli, Welponer; e più tardi (1908) Costa, Lampugnani, Oliva, Soli (1912). Dopo si discusse sulle operazioni concorrenti e sopratutto sui tagli cesarei. Costa colla sinfisiectomia parziale pone in discussione l'allargamento permanente del bacino.

Circa il *taglio cesareo* nelle sue varie modalità di tecnica si va dall'Acconci L. per quella vaginale alle ultime proposte (T. C. addominale extraperitoneale transperitoneale). Ne dirà il prof. Guzzoni in questo Congresso.

Per la *gravidanza extrauterina* dopo la Relazione di Pestalozza (1895) gli studi del Fabbri (1898), di Piccoli S. (1913), di Calderini (1903), di Baffoni (1906), di Micheli (1907), di Elia (1907), di Spinelli (1919), del Liebmann (1921), di Mangiagalli (*conservazione della tuba gravida*), di Pestalozza (*migrazione esterna dell'ovo*) toccarono ogni punto dell'argomento.

Per la *fisiologia ostetrica* il R. ricorda i lavori di Truzzi (1899), di Perondi (1923), di Bidone e Gardini (1898), del Tridondani (1899), di Resinelli (1901), di Sirtori (1906), di Gaifami (1907), di Cova (1911), di Croci (1913), di Bolaffio (1909), di Cappellani (1913), e per la *fisiologia genitale in genere* ricorda i lavori di Cova e Merletti (1907), di Brugnatelli (1913), di Gaifami (1921), di Decio (1920), di Bompiani (1924), di Bolaffio (1920), di Cova (1906).

Per l'argomento dei *fibromi* il contributo fu dato da Tridondani (1898), da Momigliano (1924), da Mirto (1907), da Micheli (1899), da Pasquali (1895).

Per la *terapia dei fibromi*, la Società ha dato largo contributo. Nel 1897 Casati con la sua endometrectomia ed enucleazione dei fibromi in luogo dell'isterectomia, segnò il primo passo verso la miomectomia patrocinata (1899) poi dallo Spinelli, affermata in seguito dalla radioterapia. La miomectomia ha le preferenze, perchè conserva la funzione e l'organo, specie nelle giovani. Il R. riferisce di 120 miomectomie senza alcun esito letale.

Per la *tubercolosi genitale femminile* la Società ha dato lo studio di Merletti (1901), di Bossi (1904), di Fossati (1908), di Pestalozza con la sua relazione (1921) ove mise in luce la frequente tubercolosi peritoneale infantile e prepubere causa di arresto di sviluppo genitale, di D'Erchia (84 casi), di Bertoloni (53 casi).

Nel campo *fisiopatologico* notevoli la relazione di Alfieri (1923) per la sterilità della donna nella quale è toccato ancora il problema della tubercolosi peritoneale infantile, causa per alcuni d'ipoplasia genitale, per altri secondaria a questa, le relazioni, per l'indirizzo costituzionale morfologico ed endocrino della patologia genitale femminile, di Decio e Gentili (1924).

La Società ha il merito di aver preparato il materiale per le leggi di assistenza alla Maternità ed all'infanzia con i lavori di Rossi-Doria (1897-1901), per la protezione ed il riposo della gravida, di Vicarelli (1912), per le malattie professionali e maternità e per le memorabili relazioni di ostetricia sociale (1919) di Truzzi-Alfieri, Viana, Rossi Doria, per l'assistenza alle gravide legittime ed illegittime, per quella al bambino illegittimo, per l'igiene ostetrica da diffondere nel pubblico, affermanti tutte il dovere dello Stato per la protezione della Maternità e dell'Infanzia attuata ora con la legge Federzoni. Notevoli anche in quell'anno le relazioni di Mangiagalli, Clivio e Ferroni per l'insidia che alla Maternità viene dalla tubercolosi, dalla sifilide e dall'alcoolismo e quella di Pinzani per le pratiche di neomalthusianismo e dell'aborto criminoso che più direttamente combattono la maternità, argomenti importanti sui quali ritornarono Massimi e Ragusa nel 1923. Conclude il R. affermando che la Società deve avere il giusto orgoglio di aver tenuta alto e degno il nome della scienza italiana.

Discussione.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — Propone che la Società voglia continuare l'opera monumentale del Corradi, che termina con l'operazione Porro (1876) con l'indicazione e l'illustrazione del lavoro italiano per la specialità ostetrico-ginecologica. Tale lavoro così mirabilmente messo in luce dal prof. Pestalozza per quello della Società, negli anni seguenti potrebbe esser registrato con la continuazione della pubblicazione del Corradi che vorrebbe affi-

data ad un Comitato di Soci presieduto dal prof. Guzzoni.

Prof. MICHELI (Roma). — Propone che la mirabile relazione del prof. Pestalozza sia pubblicata anche separatamente dagli Atti Sociali, tradotta in altra lingua straniera e distribuita largamente in tutti i circoli di studio in Italia e fuori, perchè sia meglio conosciuto il grande lavoro della Specialità Italiana.

L'assemblea approva le due proposte.

3ª RELAZIONE. — Prof. E. F. FABBRI (Modena).

I pessari.

Il venerando ottantenne professore emerito ricorda i suoi lontani studi sulle retrodeviazioni uterine e da prima dà cenno di importanti considerazioni diagnostiche circa l'influenza delle condizioni della vescica nella retrodeviazione dell'utero fisiologica e patologica, in questo caso per abnormi rapporti anatomici fra i due organi.

La tensione dei ligam. rotondi riconosciuta parla per la retroversione accidentale e spontaneamente emendabile. La retroversione patologica intermittente può non essere riconosciuta perchè l'utero può esser trovato anteverso un giorno, retroverso un altro. Il R. riferisce dell'importanza della esplorazione retto-addominale, indispensabile non solo nelle vergini, e poi dell'antiflessione associata alla retroversione ed alla ipertrofia della portio sopravaginale quando il collo può esser interpretato come tutto l'utero ed il corpo uterino antiflesso per un tumoretto, errore che si evita riconoscendo per il retto la piega del Douglas che fa distinguere il collo uterino in ciò che è al disotto di essa e il corpo in ciò che è al di sopra.

Dopo aver toccato delle retrodeviazioni dell'utero gravido, il R. viene alla cura delle retroversioni, che deve consistere nella riduzione e nel pessario, solo eccezionalmente nel trattamento chirurgico, che sarà più frequentemente evitato quando i chirurgi avranno appreso le manualità appunto necessarie alla riduzione anteriore dell'utero ed alla applicazione del pessario che, se bene scelto ed appropriato, non reca fastidio, favorisce, congiunto alla cura antiflogistica, la cessazione di sindromi moleste e talora le guarisce, favorisce l'accorciamento dei ligamenti uterini.

La cura antiflogistica (medicature-raschiamento) deve talora precedere quella ortomorfa. Avverte il R. che il dolore al tocco del fornice post. segno di perimetrite post. non vieta la riduzione, che anzi con questa scompare. Tutte le retrodeviazioni debbono esser ridotte aut. anche se non dànno dolore, eccettuate quelle senili. Il pessario contro il cistocele è stato forgiato dal R. da molti anni prima con l'anello flessibile di Sims (filo di rame ricoperto di gomma, poi con quello di Hodge, il cui estremo post. poggia sul fornice post. e quello ant. disposto a stretta ansa a forma di beccuccio lungo 2 cm. esce dall'osculo e s'incurva fin presso il meato urinario. Un'altra foggia di pessario costruito dal R. è quello senza becco aut. ma con ripiegatura ad ansa rientrata nell'anello posteriore.

Dice della particolarità di tecnica per la riduzione uterina anteriore in ogni caso (spinta indietro del collo, sollevamento di tutto il corpo ad evitare la facile lateroversione destra che ostacola la manualità, provocazione talora invece di quella sinistra, che la favorisce, immissione di aria nel retto nei casi difficili o in gravidanza, utilità della caduta delle anse intestinali nel Douglas (Rapin) contrastata invece dalla posizione genupettorale, trazione con pinza uncinata sul muso di tinca, utile nelle difficoltà dovute alla parete addominale adiposa e grossa, utilizzazione del pessario come di leva per il sollevamento dell'utero e finalmente utilizzazione della sonda uterina in qualche caso di quella del Bozeman, previe cure di antisepsi). La sonda non deve ottenere la completa antiversione, che deve esser completata dalla mano esterna. Talora il pessario, applicato a riduzione ant. dell'utero incompleta, vale a completarla. L'impossibilità alla riduzione non si affermi se non si è provata la manualità sotto narcosi e non si operi mai (laparotomia) prima di questa. Il miglior pessario è quello di Hodge con la modificazione del Prokownich. In ogni caso bisogna sceglierlo bene. Esso deve: 1) mantenere l'utero in anteversione; 2) permettere i fisiologici spostamenti dell'utero, dovuti al riempirsi della vescica e dal retto; 3) ricondurre l'utero nella posizione normale quando vescica e retto si svuotino; 4) non deve impedire il coito; 5) non deve abolire il receptaculum seminis; 6) non deve produrre eccessive pressioni sulle pareti vaginali. Deve perciò il pessario avere giusta lunghezza e ben modellarsi nelle pareti vaginali, specialmente quando queste hanno proporzionata lunghezza. Se la parete post. eccede in lunghezza (misura con l'indice della distanza fra fornice post. disteso ed il margine inferiore della sinfisi (Cuzzi), il pessario può non mantenere la riduzione anteriore dell'utero ed allora occorre maggior incurvamento del becco post. Talora è utile anche la misurazione della parete ant. vaginale (dal fornice ant. disteso all'osculo) se questa è più lunga di norma, il pessario può fallire. Bisogna allora diminuirne la curva del becco anteriore.

Lungamente il R. si intrattiene in queste particolarità di tecnica. Induce retroversione recidiva la brevità del pessario male scelto, tanto se assoluta, che se relativa, come nel perineo assente, nell'accorciamento della vagina. Nota il R. i casi nei quali il corpo si retroflette sul pessario per flosciezza generale della matrice, mala piega dell'utero rigido lungamente retroflesso, ecc. Giova in questi casi il pessario più lungo e più arcuato, o la successiva reiterata riduzione anteriore ogni volta che si ha la retroflessione sul pessario, o nei casi più ribelli la cannula uterina di Schwaltze mantenuta insieme al pessario.

Se la vagina è molto larga si deve rendere più largo anche il pessario.

Il pessario deve godere di una certa mobilità

e non deve distendere troppo la vagina (ulcerazioni da decubito; suggellazioni). Può esser bisogno di modellare il pessario forgiandolo adatto alla vagina per la quale è adoprato.

Quando sorgesse gravidanza il pessario è mantenuto in sito fino dopo il 3° mese almeno per riapplicarlo con le più rigorose regole asettiche al 15°-20° giorno di puerperio regolare.

Il pessario può condurre a guarigione stabile la retroversione? La difficoltà per rispondere a questa domanda è data dalla difficoltà di rivedere tutte le donne trattate col pessario. Così è accaduto al R.

Sonvi retroversioni facili a guarire anche colla sola applicazione delle laminarie senza pessario persino, in seguito al raschiamento alle ripetute irrigazioni endouterine, a ripetuti raddrizzamenti. Tanto più è da ammettere l'efficacia del pessario per la guarigione permanente della retroversione uterina. Di regola però occorre mantenere il pessario per mesi ed anche per anni. Anche in casi ribelli per ripetute recidive il R. vide in ultimo la guarigione.

4ª RELAZIONE. — Prof. ARTURO GUZZONI DEGLI ANCARANI.

L'evoluzione del taglio cesareo nell'ultimo cinquantennio.

Il R. ha scelto questo tema esclusivamente per rendere omaggio ad uno dei soci fondatori della Società: Edoardo Porro, la cui ardita operazione venne da lui compiuta per la prima volta cinquant'anni or sono, e ricorda come nel Congresso del 1900 partisse da lui e dal prof. Bertazzoli la proposta di onorare il primo venticinquennio della operazione Porro alla nostra Società che allora ne diede incarico al prof. Truzzi.

Il R. riassume i noti quattro periodi storici del taglie cesareo e accenna alle conseguenze dell'atto operativo e alle statistiche sino al 1876 e a tutto quello che si faceva allora nel campo dell'embriotomia e dell'aborto onde sottrarre le partorienti alle nefaste conseguenze del taglio cesareo, quando nel 1876 sorse l'operazione Porro che cambiò faccia alle cose, che fu seguita ovunque e che ebbe come conseguenza diretta l'operazione Sänger praticata per la prima volta nel 1882.

Dopo aver passato in rassegna le varie indicazioni che a poco a poco si sono aggiunte a quelle limitate d'un tempo, il R. accenna a tutti gli atti operativi e tutte le modifiche che sono state proposte in sostituzione del taglio cesareo conservatore alla Sänger e del taglio cesareo demolitore alla Porro, come gli altri procedimenti che si sano messi di fronte al taglio cesaeo.

Nelle viziature pelviche e nei gravi ostacoli dovuti alle parti molli il R. è contrario in modo assoluto e sempre all'aborto provocato, dimostra pochissima simpatia pel parto prematuro provocato, limitandolo a bacini al disopra di 8 cent. di C. V. e a feti vivi e sani di oltre 2000 gr. di peso: circa la embriotomia a feto vivo la combatte nelle Cliniche, nelle Maternità, ammettendola solo in circostanze eccezionali malauguratamente in clientela privata: preferisce ancora il taglio cesareo alla sinfisiotomia.

Il R., mettendo in rilievo le sue grandi simpatie per il taglio cesareo conservatore passa in rassegna tutte le svariate numerose indicazioni del taglio cesareo demolitore e fa alcune considerazioni sul taglio cesareo soprasinfisario che ha oggigiorno così larga applicazione e viene alla domanda: a quale atto operativo, a quale modificazione del taglio cesareo si deve dare la preferenza?

Il R. fa una distinzione radicale: nelle Cliniche, nella Maternità nelle mani di operatori abili, adusati a simili imprese si potrà ricorrere, secondo le indicazioni al taglio cesareo conservatore alla Sänger, al T. C. soprasinfisario o alla Porro.

In clientela privata dovendo tener conto che l'atto operativo deve compiersi d'urgenza, come una tracheotomia, in ambienti disadatti, con insufficiente assistenza, non essendo possibile il trasporto delle operande in un ospedale, e talvolta da chi non l'ha mai eseguito nè visto eseguire, noi dobbiamo raccomandare l'atto operativo più rapido e più semplice. Eppereiò in questi casi si deve dare la preferenza al taglio cesareo conservatore con sgusciamento dell'utero pieno e taglio trasversale sul fondo, e se non vi fosse un aiuto abile, il taglio longitudinale anteriore dell'utero senza sgusciamento ricorrendo in ambienti disadatti e nella indicazione preaccennata all'operazione Porro con trattamento extraperitoneale del peduncolo: il R. a questo proposito vorrebbe che nelle Cliniche, alla presenza della scolaresca, si desse sempre la preferenza a questi atti operatori che sono i più facili e i più semplici nell'interesse delle donne che dovranno essere operate all'improvviso in case private da medici non assuefatti a questi grandi atti operativi.

Il R. termina mettendo in rilievo le grandi benemerenze di Edoardo Porro che ha ideato ed eseguito per primo un'operazione che ha salvato e salverà sempre tante vite e che rimane e rimarrà sempre ad onore dell'Ostetricia Italiana.

Comunicazioni individuali.

Prof. FRANCESCO MACCABRUNI (Mantova). — *Sulla terapia conservatrice dei fibromi uterini.* — Riferisce sopra alcuni casi ed insiste sull'opportunità di estendere la terapia conservatrice nei fibromi più spesso possibile in gravidanza e fuori di gravidanza persino per grossi tumori a totale sviluppo intraligamentoso.

Prof. NICOLÒ RIZZACASA (Aquila). — *Cistorragia in travaglio di parto.* — Si trattava di papillomi della vescica che non erano stati diagnosticati. Insiste sulla necessità di esami cistoscopici in caso di segni di sofferenze vescicali in gravidanza.

Prof. PIERO GALL (Trieste). — *Hysterotomotokie ou Enfantement césarien di Francesco Rousset.* — L'O. presenta il testo originale del libro pubblicato a Parigi nel 1581, libro pregevole oltre

che per la sua rarità, anche per il suo grande valore scientifico. Può esser considerato come il punto di partenza vero e proprio nella storia del taglio cesareo.

Prof. PIERO GALL (Trieste). — *La resistenza della cicatrice uterina dopo il taglio cesareo soprasinfisario.* — A proposito di un rivolgimento per presentazione di spalla da lui praticato in donna, operata due anni prima da lui stesso di taglio cesareo soprasinfisario, dice che fra i vantaggi di questa modalità di tecnica cesarea c'è anche quello della maggior resistenza della cicatrice. Per questo anche nella placenta previa egli la ritiene indicata.

Dott. A. QUARANTOTTO (Trieste). — *Note sulla resistenza della cicatrice cesarea nel segmento inferiore.* — Quattro parti per le vie naturali (due forcipi, un rivolgimento, un parto spontaneo) in donne operate precedentemente di taglio cesareo sul segmento inferiore con tecnica transperitoneale. Nessun inconveniente. La resistenza della cicatrice cesarea sul segmento inferiore è anche dimostrata da una donna che ebbe tre tagli cesarei ripetuti soprasinfisari sempre seguiti da suppurazione profonda, nell'ultimo seguita da morte.

Discussione sull'argomento del taglio cesareo.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Si dice interprete del sentimento dei Soci plaudendo alla bella e completa Relazione del prof. Guzzoni. Rileva che le sue affermazioni di difficile tecnica si riferivano al taglio soprasinfisario extraperitoneale solamente.

Prof. DI BERNARDO (Spezia). — Poichè nella relazione del prof. Guzzoni non è ricordata l'operazione di Portes (esteriorizzazione temporanea dell'utero, riposizione di esso nel cavo addominale in secondo tempo) domanda quale sia il giudizio, che su di essa dànno gli illustri Maestri presenti.

Dott. MARZETTI (Roma). — Riferisce di un caso, che dimostrerebbe la possibilità di riaccensione, in un secondo taglio cesareo, della infezione presente dopo il primo taglio cesareo sulla stessa donna.

Prof. BOLAFFIO (Cagliari). — Riferisce di un caso di rottura sottoperitoneale della cicatrice cesarea sul segmento inferiore, verificatasi in un secondo parto della stessa donna e passata quasi senza sintomi, sicchè se ne ebbe il reperto solo al momento del secondo taglio cesareo iniziato con la tecnica soprasinfisaria e terminato con taglio sul fondo ed isterectomia. Feto vivo. Notevole il fatto che dopo il primo taglio cesareo c'era stata suppurazione. In circa 300 casi di taglio cesareo sul segmento inferiore della Clinica di Roma quello riferito è l'unico nel quale si ebbe rottura della cicatrice.

Prof. NAVA (Modena). — Crede che non si debba assolutamente proscrivere il parto prematuro provocato in confronto del taglio cesareo specie per le piccole sproporzioni cefalopelviche.

Prof. LANDUCCI (Bergamo). — Per circa 200 tagli cesarei da lui praticati rimase fedele alla tecnica classica. Da 3 anni segue il metodo soprasinfisario. La cicatrice cesarea sul segmento inferiore gli si è mostrata sempre solida anche in tre casi ripetuti. Crede che il taglio cesareo non debba esser mai praticato nella casa privata.

Prof. MICHELI (Roma). — Una notizia storica: Nel 1862 alla Accademia Medica di Roma — come si legge nel *Giornale Arcadico* di quell'anno — furono presentate due donne operate di taglio cesareo classico, con feti vivi. (Operatori il prof. Panunzi ed il dott. Cocchi).

Per quanto riguarda la resistenza della cicatrice cesarea sul segmento inferiore, ricorda un suo caso nel quale al secondo taglio cesareo soprasinfisario si trovò regolare la parete del segmento inferiore, sede della cicatrice cesarea, benchè la donna nella speranza di evitare la seconda operazione fosse rimasta fino al periodo espulsivo in travaglio energico a domicilio. Crede che per la resistenza della cicatrice abbia importanza il modo di guarigione della ferita cesarea, che però si debba temere una minor solidità della cicatrice quando vi fu suppurazione nel primo parto cesareo.

Prof. FRANCESCO SPIRITO (Napoli). — *Cuore, fibriomiomi ed ovaio.* — Estratti di ovaie di donne fibromatose hanno minor potere ipotensivo degli estratti ovarici di donna sana ed estratti di fibromi una più spiccata azione sulla tiroide degli estratti di utero sano. L'O. crede che non solo l'ovaio, ma la tiroide ed altri organi endocrini in quanto influenzano la costituzione possono esser fattori indiretti nella genesi dei fibromiomi. Le alterazioni cardiache sarebbero dovute alla minore ipotensione derivante dall'ovaio, in parte alla iperfunzione tiroidea ed in grado minore alla anemia post-emorragica delle fibromatose.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — La partecipazione del sistema vascolare e perciò anche del cuore, secondo Tridondani, potrebbe esser attribuita alla parte essenziale che la muscolatura vascolare ha nella genesi dei fibromi. Riferisce, come nota clinica, di due sorelle gemelle con vizio congenito di cuore, ambedue fibromatose.

Prof. ODORICO VIANA (Verona). — *Mola vescicolare recidivante in nullipara.* — La recidiva si ebbe solo dopo quattro mesi (raschiamento dell'endometrio e mestruazioni regolari dopo la prima). Non si avevano caratteri di malignità. Nella letteratura sono 20 casi del genere. In un caso la mola si ripetè 18 volte, in altro 11 volte, in altro 6 volte, nel maggior numero 2 volte sole. Nel caso dell'autore, trattandosi di soggetto (26 anni) ipovarico, viene avanzata l'ipotesi di un rapporto fra alterata funzione ovarica e mola.

Discussione.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — Domanda quale era la condizione della ovaia. Ora si crede, che le cisti luteiniche, così di frequente associate alla

mola vescicolare possano regredire completamente dopo il trattamento della mola. In due casi ha osservato questa regressione accompagnata da amenorrea fino a che fu completa. Nel caso dell'O. la seconda gravidanza forse sorse quando la regressione ovarica non era ancor completa.

Prof. FERRONI (Firenze). — Riferisce un suo caso di cinque recidive di mola vescicolare e l'ultima di queste recidive dopo asportazione di un ovaio con grossa cisti luteinica fatta da un chirurgo. La mola questa volta era destruente. Accenna alla possibilità che si creda a recidiva in caso di ritenzione di gruppi di vescicole, rilevata in un caso da lui (esclusa nuova gravidanza) molto tempo dopo la prima mola vescicolare. L'ovaio cistico luteinico contemporaneo alla mola non deve esser tolto; per solito egli lo ha visto — dopo tolta la mola — ritornare alla norma.

Prof. VIANA (Mantova). — Nel suo caso non erano apprezzabili clinicamente alterazioni ovariche. Ricorda il caso di pseudorecidiva di mola di Durante e Paquez, illustrato nel suo lavoro. Nel suo caso la seconda mola era più voluminosa della prima; fra le due mole non furono perdite atipiche, ma mestruazioni regolari; non si può parlare di pseudo recidiva.

Prof. G. RIZZATTI (Modena). — *L'arresto nello sdoppiamento dell'ectoderma primitivo, causa formale delle malformazioni esteriori del corpo.* — Enumera tutte le malformazioni esteriori e le afferma in rapporto con un'anomalia del distacco dell'amnios secondo Peters e Spec, per una nuova teoria amniotica diversa da quelle finora esposte.

Prof. G. RIZZATTI (Modena). — *La cura del distacco totale di placenta normalmente inserta col preventivo uso dei preparati di segale cornuta e sull'uso di questi prima del parto.* — Elemento etiologico del distacco placentare è la non contrattilità dell'utero. Se la si ristabilisce, si può salvare la donna per le vie naturali, anche perchè il collo uterino è sempre dilatabile facilmente. Per questi concetti adoperò l'ergotina con successo in nove casi.

Prof. C. MICHELI (Roma). — *Una laparo-isterectomia in gestante preagonica per distacco prematuro di placenta normalmente inserta.* — Il suo caso, gravissimo, era di quelli che vanno associati ad una vera apoplessia utero-placentare. Le belle tavole che presenta dimostrano che si trattava di questo: (placenta tutta scollata, la metà della cavità uterina e più occupata dal sangue, emorragie multiple apoplettiche in grembo alla placenta e notevoli quelle della parete uterina fino sotto il peritoneo ben dimostrate). La donna era caduta in stato preagonico. L'intervento che la salvò fu praticato senza narcosi, nè analgesia spinale, ma con anestesia locale della parete addominale e dei parametri. Nella Maternità romana da lui diretta da 15 anni ha trattato con l'intervento laparatomico altri quattro casi analoghi tutti gravissimi e fortunatamente con buon esito.

Casi simili non possono certo esser trattati come propone il collega prof. Rizzatti. Dall'uso dell'ergotina egli temerebbe maggior danno.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Rileva la differenza dei casi di distacco placentare riferiti dai colleghi Rizzatti e Micheli, che sono nell'osservazione clinica e richiedono diverso trattamento. Distacchi semplici e distacchi cui è applicabile la denominazione di *apoplessia* utero-placentare. Alla prima forma potrà corrispondere la terapia ottimistica semplice del Rizzatti, alla seconda forma deve corrispondere quella adottata da Micheli: l'isterectomia.

Prof. MANGIAGALLI (Milano). — È sorpreso del numero dei casi di distacco di placenta normalmente inserta, osservati dal prof. Rizzatti a Modena in pochi anni. Certo vi son casi, come quello di Micheli, per i quali altra risorsa non vi è che il taglio cesareo, ma per solito basta la puntura delle membrane, specie se poi è possibile subito l'estrazione del feto. In ogni caso, data la distensione, l'assottigliamento della parete uterina e talvolta la sua smagliatura, può esser improvvido l'uso della segale cornuta suggerita da Rizzatti.

Prof. FERRONI (Firenze). — Per i casi di distacco di plac. norm. inserta con infarcimento emorragico della parete uterina e sottosierosa, talora con versamento peritoneale siero-sanguigno, a prognosi sempre grave una è la cura: il taglio cesareo demolitore. Per gli altri casi basta la puntura delle membrane e lo svuotamento dell'utero con parto forzato. Se manca la dilatazione e se l'estrazione fetale presenta difficoltà, ancora può ricorrersi al taglio cesareo. È discutibile se la segale provveda contro l'accidente perchè il pericolo non sta nella deficenza del tono muscolare, ma nella emorragia. Con la segale il distacco parziale può estendersi e si possono creare condizioni sfavorevoli al successivo intervento.

Prof. OLIVA (Genova). — Ha visto in trenta anni di pratica privata solo due casi di distacco totale della placenta a sede normale. Li trattò con la puntura delle membrane, rapido svuotamento dell'utero ed iniezione di pituitrina per sollevare le donne dello shock. Ebbe buon successo. Raccomanda questo metodo specie quando l'ambiente non permette la cura razionale e radicale di Micheli.

Prof. SANTI (Trieste). — Nei casi gravi di placenta normalmente inserta distaccata non crede sufficiente il taglio cesareo semplice, ma crede necessaria la isterectomia e, dato il grave stato della paziente, meglio, per la più rapida tecnica e meno traumatizzante, eseguita con la classica operazione di Porro.

Prof. COVA (Palermo). — Nella maggior parte dei distacchi di plac norm. inserta si tratta di donne nefritiche. Per queste teme l'influenza della droga sulla circolazione renale.

Prof. PROCOPIO (Catanzaro). — In un caso suo la puntura delle membrane bastò a togliere la gravità del caso. Seguì il parto spontaneo. L'uso della segale può riuscire dannoso: in un caso egli vide seguire spasmo uterino, vinto solo con la narcosi per rimuovere la placenta emorragica.

Prof. RIZZATTI (Modena). — Prevedeva la vivace discussione. Crede ancora la segale ed il ghiaccio utili a risparmiare le grandi operazioni, creando la contrazione ed arrestando l'emorragia, come nei suoi nove casi tutti gravissimi e tutti così terminati con la guarigione delle donne. Al prof. Ferroni risponde che lo sgravio pronto non può esser praticato ad utero atonico (emorragia post-partum). L'argomento importante è degno di ulteriore studio e dovrebbe esser trattato in una Relazione dalla Società.

Prof. MICHELI (Roma). — Per suo conto condanna l'uso della segale ante-partum e sopratutto nel distacco precoce di plac. norm. inserta per il pericolo della estensione del distacco parziale per le condizioni che essa procura, come ha detto il prof. Ferroni, sfavorevoli allo svuotamento dell'utero. Crede che la discussione odierna debba terminare vietando l'uso della segale ante-partum perchè dal Congresso non esca voce che possa autorizzarne l'uso errato a medici e levatrici. Nel suo caso di apoplesia utero-placentare per le condizioni della paziente altra cura non poteva farsi che la isterectomia demolitrice, come dimostrano le figure presentate e come hanno riconosciuto i professori Pestalozza, Mangiagalli e Ferroni. La «Porro» non sarebbe stata tecnica più breve e col decorso post-operatorio avrebbe potuto far perdere l'operata anemizzata ed estenuata. Il successo ottenuto colla tecnica adottata la dimostra opportuna. Teme l'uso della pituitrina per il suo valore ipertensivo in donna ipertesa già, come è quella, per solito nefritica, nella quale si ebbe il distacco placentare.

Prof. PERONDI (Firenze). — *La vaccinoterapia anticolibacillare nella pielite delle gravide.* — La distensione vescicale e l'urotropina hanno solo effetto sintomatico, non tolgono la setticità dell'urina. La provocazione dell'aborto o del parto prem. è cura eccessiva pur se patogenetica, non è esente da pericoli. La vaccinoterapia è cura adiuvante utile, assicura meglio la gravidanza a termine senza pericoli. Dopo il parto son talora necessarie lunghe cure. È preferibile l'auto-stock-vaccino per iniezioni ipodermiche fino alla metà del nono mese da 500 milioni a due miliardi di germi. In suoi dieci casi questa cura ebbe successo. Le iniezioni vacciniche possono esser affidate alle levatrici.

Discussione.

Prof. ALFIERI (Pavia). — La cura urotropinica sola molte volte dà risultati brillanti. Non bisogna far mancare l'esame funzionale del rene. L'interruzione della gravid. riservata a casi assolutamente ribelli. Le iniezioni di vaccini e sieri non debbono esser affidate a levatrici.

Prof. LASTARIA (Lucera). — Dice utile far decombere la donna nel lato opposto a quello della pielonefrite. Così in un caso ebbe la guarigione.

Prof. PERONDI (Firenze). — Ha affidato alle levatrici le iniezioni vacciniche dopo che il perfezionamento della preparazione degli autovaccini li ha resi ben tollerati dalle pazienti.

Dott. DE CANDIA G. (Bari). — *I corpi acetonici nel sangue e nelle urine nel campo ostetrico e ginecologico.* — Il contenuto in acetone, ac. aceto-acetico e corpi acetonici nel sangue e nelle urine di donne gravide normali è notevolmente aumentato rispetto alla norma progressivamente dai primi mesi agli ultimi della gestazione; ritorna a valori inferiori ai primi in puerperio. Nelle gravidanze complicate (aborto) aumenta come a termine di gravidanza normale. Aumenta anche nelle forme ginecologiche e più se febbrili. Aumenta nel periodo premestruale, diminuisce durante e dopo il mestruo.

Dott. FERRACCIU D. (Palermo). — *Ricerche sulla funzionalità del fegato e del rene in gravidanza. Conclusione.* — Nella gravidanza normale la funzionalità del fegato e del rene non è turbata: è profondamente alterata nelle intossicazioni gravidiche, specie negli stadi preeclampsici. Quando la ricerca per tale funzionalità dimostra presente una lesione di questi organi o di uno solo, si deve procedere all'interruzione della gravidanza.

Dott. RIO LUIGI (Modena). — *Fistole salpingo-parietali.* — Descrive due casi, discute circa il sangue che ad ogni periodo mestruale esce dal tramite fistoloso (mestruazione tubarica o sangue refluo dalla cavità uterina o sangue d'origine inflammatoria), descrive l'origine delle fistole, il loro decorso, i segni diagnostici e la cura chirurgica (escissione del tramite fistoloso, annessiectomia).

Discussione.

Prof. COVA (Palermo). — Per la diagnosi è utile il metodo dell'insufflazione.

Dott. RIO (Modena). — Consente sull'utilità dell'insufflazione in confronto di altri metodi diagnostici.

(*Continua*).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

PATOLOGIA E TERAPIA.

Le tossiemie e la pelle.

Ciascuno sa quanto sia grande l'importanza dell'intestino nella genesi delle lesioni cutanee del tipo eczema ed acne: questi disturbi sembrano essere in stretta connessione con disturbi gastro-intestinali a tipo tossiemico, e sappiamo come una cura bene appropriata dell'intestino possa portare ad un miglioramento di tali fatti. D'altra parte, osserva Guillaume (*Bulletin médical*, febb. 1926), se consideriamo gli eritemi provocati da ingestioni alimentari o medicamentose, si nota che queste eruzioni tossiche si producono in soggetti predisposti con disquilibrio endocrino simpatico od in soggetti a diatesi anafilattica. Nelle estese ustioni si nota che la prognosi è in funzione diretta dell'estensione in superficie maggiore o minore delle stesse, più che dell'importanza quantitativa dei tessuti distrutti. Il processo morboso interviene *ledendo la funzione di difesa della pelle* e non per la quantità globale dei tessuti tossici prodotti: questa ipotesi si accorda con il fatto conosciuto della comparsa di ulcerazioni digestive nelle grandi ustioni. La immediata perturbazione renale negli ustionati prova la presenza di un processo tossico brutale proveniente e dall'azione dei detriti dei tessuti e dalla soppressione di una funzione antitossica cutanea. La morte mesi dopo la guarigione di una ustione, indica che il tessuto cicatriziale neoformato non adempie alle stesse funzioni della pelle normale e non preserva dall'uremia progressiva. Come fenomeni di difesa contro la tossinfezione potrebbero essere considerate le eruzioni cutaneo-mucose dovute alla sifilide: la pelle si comporterebbe come organo di difesa nelle manifestazioni di difesa a tipo cutireazione, cutivaccinazione, cutiimmunità: la pelle non solo dà la prova dell'immunità, ma essa stessa è la sede di processi di difesa che portano alla neutralizzazione degli effetti nocivi della tossina inoculata.

Da questo punto di vista considerata, la pelle sembra avere importanza nei fenomeni di immunizzazione a tipo cutireazione, non semplicemente passiva, ma attiva; essa prenderebbe parte attiva alla difesa dell'organismo con i suoi propri mezzi di difesa. È quello che precisa Besredka nell'immunizzazione locale e Besredka e Sanarelli nell'infezione carbonchiosa sperimentale.

Quale è dunque il compito della cute-mucosa di fronte ai processi endogeni? Intanto, il potere della pelle di resistere varia parallelamente alla resistenza che può opporre l'organismo: esempio è la cutireazione in un organismo all'inizio di una tubercolosi ovvero nel periodo terminale. Questa resistenza, secondo l'A., dipende molto dall'equilibrio nervoso vago-simpatico. Nelle malattie eruttive, poi, noi vediamo che la prognosi è migliore quando l'eruzione è netta: lo stesso dicasi per quanto riguarda l'eczema. Il rivestimento cutaneo-mucoso sembra bene dunque essere parte integrante di un vasto sistema od apparato antitossico, al funzionamento del quale partecipano, con gli umori, in stretta correlazione con la pelle, le ghiandole a secrezione interna. Tale concezione potrebbe, sempre secondo l'A., spiegare l'importanza delle medicature esterne (idroterapia, massaggi, frizioni, attinoterapia) di uso comune, quale uno stimolo portato alla pelle, organo di difesa.

MONT.

Gli aspetti neurologici ed endocrinologici dell'ittiosi, dell'eczema indurativo cronico e di altre forme distrofiche del derma.

Gli organi del derma vanno soggetti a svariate alterazioni patologiche, a tipo iper- o ipo-attivo. Vi sono così dei disturbi vasomotori: atrofia e ipertrofia della pelle e del sottocutaneo, aridità, indurimento e screpolature della cute; secchezza, scoloramento precoce e caduta dei capelli; lesioni delle unghie; iper- ed anidrosi. Anche le ossa, sebbene non appartengano al derma, subiscono talora l'influsso degli stessi sistemi vegetativi.

Molte di tali manifestazioni patologiche sono di natura trofica, per cui sorge la questione se esistano o no dei nervi a funzione trofica esclusiva. Sebbene l'anatomia e la fisiologia non risolvano il quesito, la clinica fa ritenere tale possibilità logica.

È comunque probabile che gli scambi trofici in parola possano venir prodotti da azione diretta sulle cellule, senza intervento di nervi, e senza deviazioni nella secrezione delle ghiandole endocrine, le quali pure sono state chiamate in causa.

Studiando dei malati di tubercolosi, F. M. Pottenger (*Endocrinology*, vol. X, n. 2, 1926) ha notato la frequenza di disturbi cutanei e piliferi del tipo sopracitato, e li classifica, dal punto di vista fisiologico, tra i disturbi da alterata funzione del sistema vegetativo. In particolar modo, poi, tali disturbi coincidono con stati di ipofunzione tiroidea.

Quanto ciò sia dovuto all'ipotiroidismo, quanto al disturbo dei nervi vegetativi, specie del simpatico, e quanto alle alterazioni in seno alle stesse cellule, non è possibile dire, perchè tutti tali si-

stemi si mostrano sensibili all'azione morbosa esercitata dalle malattie accompagnate da tossiemia. E ciò non è caratteristico della tubercolosi, perchè si riscontra in stati di tossiemia cronica, e anche in stati di cattiva nutrizione.

L'A. considera perciò il quadro clinico di altre malattie dermiche di natura trofica, quale l'ittiosi e l'eczema.

L'ittiosi è una ipercorneificazione della pelle che apparisce precocemente dopo la nascita, e mostra una tendenza ereditaria. Un fatto importante è costituito dall'influsso aggravante esercitato dal freddo. Durante l'estate i casi leggeri guariscono temporaneamente.

L'eczema cronico è un'affezione dermica ricorrente, nella cui etiologia ha pure importanza il fattore ereditario. Anche quest'affezione col tempo freddo peggiora, probabilmente in rapporto all'aumentata attività del sistema simpatico nel periodo invernale.

Dall'analisi accurata di 5 casi di tali malattie cutanee, l'A. esclude che la loro natura sia esclusivamente ipotiroidea. La cura opoterapica in tal senso, infatti, riuscì vana. La somministrazione di sali di calcio, invece, unita ai preparati tiroidei, sortì buon effetto e ciò fa logicamente emettere l'ipotesi patogenetica che le lesioni cutanee in parola siano dovute ad un disturbo complesso, convolgente i nervi, gli organi endocrini, specie la tiroide, e l'automaticità della cellula stessa, per squilibrio del contenuto ionico e della sua permeabilità e reattività.

È poi possibile che esista un'intima relazione etiologica tra malattie cutanee serie, quali l'ittiosi e l'eczema cronico, e i più lievi disturbi cutanei che si verificano nel decorso della tubercolosi. Il miglioramento del trofismo generale in questa malattia coincide infatti con un miglioramento evidente di tali disturbi, quasichè il sistema nervoso vegetativo e il ricambio endocrino e cellulare, alterati dallo stato di tossiemia, rientrino allora nella norma.

M. FABERI.

Le celluliti.

I diversi sinonimi di questa affezione sono secondo J. Paviot (*Journal de médecine de Lyon*, 20 luglio 1926): nodosità cellulitiche, nodosità effimere, noduli fibrosi di mialgia, edemi reumatici, edemi duri del reumatismo cronico, edema circoscritto di Quincke. Nei punti in cui si manifestano, si palpano nel tessuto interstiziale della pelle, e soprattutto molto profondamente, in contatto con l'aponeurosi, delle nodosità irregolari, raramente sferiche, il più spesso allungate che qualche volta danno la sensazione di fine crepitazione. Il dolore che esse provocano viene spesso calmato con il massaggio o l'impastamento della regione ed è questo un segno che può servire per la diagnosi. Secondo la localizzazione poi, esse possono dare cefalee, sindromi pseudocardialgiche o far credere ad affezioni articolari.

Fra le localizzazioni in cui la diagnosi è più agevole sono da menzionarsi: le parti laterali del collo, l'aponeurosi del muscolo temporale, il margine del trapezio, i muscoli della doccia dorso-lombare, il margine della cresta iliaca, le inserzioni del gran pettorale. Agli arti, una delle sedi più tipiche è quella della faccia esterna delle coscie, la regione trocanterica, la regione sacro-iliaca. Sorgente di molti errori diagnostici è la localizzazione nei muscoli retti dell'addome.

La lesione od il disturbo del tessuto connettivo (sottocutaneo interstiziale delle aponeurosi, dei muscoli, dei tendini e delle loro guaine) costituisce il substrato anatomico, transitorio, ma che talora può arrivare alla sclerosi.

Secondo l'A. queste celluliti sono in rapporto con disturbi epato-digestivi. Trattasi quasi sempre di individui dispeptici, che hanno orticaria, dermatosi, pruriti, che vanno soggetti a crisi di fegato, talvolta, durante l'adolescenza, ad itteri; più tardi si notano degli attacchi di colite membranosa, la dispepsia dolorosa tardiva; spesso si tratta di costipati. Il fegato è frequentemente doloroso, sia spontaneamente, sia alla pressione.

Da un punto di vista più generale, si è creduto di poter riunire le celluliti al vago concetto di artritismo od ai vasti reumatismi cronici. Gli antecedenti ereditari e personali degli individui che ne sono affetti dimostrano che esse sono legate a disturbi della funzione epatica e, come terreno, a quello della tubercolosi oppure alle grandi infezioni che hanno potuto colpire la cellula epatica, quali la tifoide e l'influenza.

fil

Il trattamento dell'eczema.

Uno dei maggiori progressi nella soluzione del problema dell'eczema è stata la separazione di questo dalle tigne eczematoidi. Parecchi casi che venivano un tempo trattati come eczema vengono ora curati con successo come tigna. Un altro gruppo che va differenziato dall'eczema è quello delle dermatiti da irritanti esterni. Un'accurata anamnesi scoprirà spesso che la causa della dermatite va ricercata in qualche sostanza con cui il paziente si trova frequentemente in contatto: tinture per capelli, pelli colorate, oggetti di legno laccati, piante di casa, giornali colorati, ecc. In qualcuno di tali casi si potranno avere indicazioni con le prove cutanee alle proteine.

Come causa dell'eczema vanno poi considerate: le infezioni focali, difetti di metabolismo, escrezioni insufficienti, disturbi endocrini.

Talvolta possono essere utili i raggi X, a dose di un quarto di unità cutanea una volta la settimana; così pure possono dare qualche vantaggio i raggi ultravioletti, che sono però da usarsi con cautela nelle esacerbazioni acute e nell'iperglicemia.

Sono anche consigliabili le iniezioni di proteine eterogenee, come quelle di latte e di vaccini bacillari e così anche quelle di autosiero; si devono però evitare le reazioni forti.

Utili sono gli unguenti a base di preparati di catrame. In qualche caso sono da usarsi i calmanti del sistema nervoso, quali i bromuri (*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 24 aprile 1926).

fil.

Nei pruriti.

L. Williams (*Journ. des praticiens*, 24 luglio 1926) consiglia:

Nel *P. genitale*. Lozioni con la seguente soluzione: Borato di sodio g. 3; Essenza di menta gocce V; Acqua distillata g. 500.

Nel *P. anale*. Cloretone cg. 50; Glicerina, Alcool a 90° ana g. 10; Soluzione fenica a 1 % q. b. per cmc. 100.

Oppure unzioni con la pomata: Cloretone, Estratto di cicuta ana cg. 50; Vaselina timolata q. b. per g. 60.

fil.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

La relazione tra vitamine e malattie.

Da quando Ejikman nel 1897 scoprì la causa del beri-beri nella mancanza nel riso mondato di un fattore nutritivo di importanza capitale, cioè di una vitamina, gli studi in questo campo si sono andati moltiplicando, ed oggi si conoscono cinque vitamine, distinte con le lettere: A, B, C, D, E, ed una detta PP.

La mancanza dell'una o dell'altra provoca la comparsa di quadri morbosi caratteristici.

Così, per deficienza di vitamina A, apparisce la xeroftalmia, per la quale le ghiandole lacrimali perdono la loro funzione, la superficie dell'occhio si dissecca e si ricopre di ulcerazioni, che finiscono per perforarsi. Anche le ghiandole salivari vengono parimenti colpite.

Alla deficienza di tale vitamina si attribuiscono anche stati morbosi in cui diminuisce il numero delle piastrine, e stati di alterata funzione delle ovaie.

Secondo Osborne e Mendel, poi, a questa avitaminosi potrebbe incolparsi anche la nefrolitiasi, col meccanismo di un indebolimento delle difese organiche verso le invasioni batteriche, per cui la decomposizione dei germi nelle vie urinarie genererebbe il mezzo alcalino, in cui poi precipiterebbero i sali.

Alla mancanza di vitamina A sembra infine debba riportarsi la malattia conosciuta in Giappone col nome di « Kikan ».

La vitamina A abbonda nell'olio di fegato di merluzzo e negli altri olii di pesce, nel grasso del burro, e in parecchie sostanze nutritive del regno vegetale e animale.

Ejikmann, come si è detto, descrisse per primo i sintomi della polinevrite (beri-beri), da mancanza di vitamina B. Oggidì però sembra assodato che questa sia composta di due o più sostanze, di cui una ad azione antipolinevritica, ed una ad azione antipellagrosa, designata colle iniziali PP, resistente al calore che, invece, distrugge la prima.

Tale vitamina, comunque, abbonda in molte sostanze alimentari. Nelle Filippine, per combattere il beri-beri infantile, si usa un estratto alcoolico della pula di riso.

Alla mancanza di vitamina C è a riportare la comparsa dello scorbuto, il quale sarà facilmente evitato con la somministrazione di succo di verdura e di frutta, specie di agrumi e di pomodoro.

Più complesso è il problema della rachitide, in cui fondamentalmente si tratta di un disturbo del metabolismo del calcio e del fosforo.

Sembra però che la vitamina D, contenuta in abbondanza nell'olio di fegato di merluzzo, influisca realmente in modo benefico il processo morboso. Ma gli effetti altamente benefici dell'irradiazione per mezzo di raggi ultravioletti, e il potere di assumere proprietà antirachitiche della colesterina in egual modo irradiata, fanno ammettere come logica l'ipotesi che l'olio di fegato di merluzzo agisca anche per la presenza in esso di colesterina attiva.

Si è infine descritta una vitamina E, per la quale si permetterebbe all'embrione di svilupparsi normalmente; altrimenti la gestazione si arresterebbe prima di giungere alla metà del suo corso. La sterilità potrebbe quindi in qualche caso essere riferita alla deficienza di tale vitamina.

Come conclusione di tutto quello che precede, deriva la necessità che i medici e coloro che si interessano dell'alimentazione pubblica in modo diretto provvedano ad esaltare l'importanza di un vitto sano e appropriato, per la conservazione della salute.

(E. M. MC. COLLUM. *New York State Journ. of Med.*, 15 settembre 1926). M. FABERI.

MEDICINA SOCIALE.

La lotta contro la tubercolosi ed il Consorzio antitubercolare di Roma.

In Italia, come osserva il prof. U. Mariotti nel *Bollettino del Comitato romano contro la tubercolosi* (luglio-agosto 1926), le istituzioni antitubercolari non abbondano. Sono senza dubbio aumentate in questi ultimi anni, ma bisogna ritenere che esse non siano ancora sufficienti a contenere la diffusione del contagio tubercolare nel nostro paese. Infatti, se ne togliamo alcune provincie dell'alta Italia, dove i sanatori specialmente a tipo popolare possono discretamente corrispondere alle necessità dell'assistenza, in altre Provincie sono insufficienti o mancano del tutto.

E, purtroppo, la provincia di Roma, che pur dovrebbe rappresentare l'esponente più importante della lotta antitubercolare in Italia, si trova in condizioni tutt'altro che liete sotto tale riguardo. Essa dispone soltanto nel Capoluogo di un ospizio, che è in realtà un tubercolosario da 470 letti e, con gli altri tre sanatori, si ha un totale di 660 letti. In complesso, un letto per 1149 abitanti, come risulta da un recente censimento.

Nè le deficienze della lotta antitubercolare nella provincia di Roma riguardano soltanto l'assistenza sanatoriale, ma si estendono anche a quegli elementi indispensabili di tale lotta che sono i dispensarii. E mentre 56 delle 74 provincie italiane ne sono fornite ed alcune, e non delle maggiori, ne hanno in numero tale da destare l'ammirazione (Novara, Alessandria e Pavia ne hanno 6-8, Sassari ben 9), a Roma soltanto il Capoluogo possiede qualche dispensario. Eppure la legge del 1919 ha dato tassative disposizioni in materia di lotta antitubercolare. Essa difatto, con l'intendimento e la fiducia di avviare la lotta antitubercolare verso una soluzione più rapida ed efficace, creava l'istituzione dei Consorzi antitubercolari. Ed affidava a questi il compito di provvedere non solo al coordinamento di tutte le iniziative locali promosse per la lotta antitubercolare, ma di assumere le direttive, di fare opera di propulsione, creandone dove non esistessero od estendendole dove fossero insufficienti, fornendo così i congegni più sicuri per frenare la diffusione del contagio tubercolare. Era perciò intendimento di questa legge che a questo scopo dovesse esplicarsi principalmente l'attività dei Conserzi, i quali avrebbero dovuto rappresentare lo strumento più efficace per l'organizzazione ed il funzionamento di quelle che ormai si considerano le provvidenze indispensabili per difendersi dalla tubercolosi.

Si voleva così che, attraverso l'istituzione dei Consorzi, sorgessero in ogni provincia del Regno opere dirette alla prevenzione ed all'assistenza antitubercolare: luoghi di tempestivi accertamenti, adatti ricoveri per un efficace isolamento ed una sollecita ospitalizzazione dei malati, ecco ciò che i Consorzi avrebbero dovuto creare e che molti hanno fatto. Sono poche, di fatto, le provincie d'Italia in cui non funziona l'accennato congegno. Purtroppo, fra queste va annoverata quella di Roma dove, sebbene la costituzione del Consorzio vi sia avvenuta dal 15 maggio 1924, esso non ha dato ancora segni tangibili della sua azione.

Eppure anche il notevole aumento di popolazione della provincia di Roma, per l'annessione della Sabina, avrebbe dovuto spingere il Consorzio, non solo ad organizzare il movimento antitubercolare della provincia, ma sollecitarne il funzionamento in ragione della sua assenza in quasi tutti i campi della lotta antitubercolare. Si pensi che a Civitavecchia, il centro più importante della provincia per rapporti con i paesi vicini e per agglomeramenti di operai, nei circondarii di Rieti, con 101.690 abitanti, di Velletri con 104.385, di Frosinone con 211.281 manca ancora una qualsiasi opera antitubercolare; manca il dispensario, per il quale pure non occorrono lunghi studi e progetti grandiosi, manca la possibilità di adatti isolamenti ed ospedalizzazioni dei tubercolotici per cui si potrebbero bene adattare dei locali esistenti od impiantare qualche padiglione con materiale che la Direzione generale di Sanità potrebbe certamente fornire.

Questo mancante funzionamento non può certo essere attribuito a mancanza di persone tecniche nel Consorzio, di cui fanno parte elementi di indiscussa competenza, quali il Medico Provinciale e l'Ufficiale Sanitario del Comune di Roma. Vi deve quindi essere qualche ruota che non funziona e che impedisce, per conseguenza, il libero ed efficace movimento delle altre ruote.

Non si può ammettere, osserva l'A., che si tratti soltanto di difficoltà finanziarie, che potrebbero essere facilmente rimosse solo che il Consorzio provinciale incominciasse a dimostrare in maniera tangibile la sua operosità. Ed oltre a ciò, risultando che il contributo attuale dei Comuni per il funzionamento dei Consorzi antitubercolari oscilla tra 21-27 centesimi per abitante, e che tale contributo potrebbe essere in piccola misura aumentato, il Consorzio Provinciale di Roma potrebbe avere, anche con questo mezzo, un gettito finanziario maggiore di quello che gli proviene attualmente dalla tangente fissata per gli abitanti di ciascun Comune della Provincia. Nè, d'altra parte, si può ammettere, che il Mi-

nistero dell'Interno, ove ne vedesse dimostrata la necessità, rifiuterebbe mutui di favore, sussidi, previsti dalla legge, per favorire l'istituzione di opere antitubercolari.

È dunque tempo che il Consorzio di Roma riveli visibilmente la sua attività non solo per i doveri che esso ha verso la Provincia, ma per unire la sua azione a quella degli altri Consorzi del Regno, contribuendo, per la sua parte, attraverso questo collegamento, alla organizzazione effettiva e completa della lotta antitubercolare in Italia.

fil.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Pane bianco. — All'abb. n. 3049:

Le vigenti disposizioni prescrivono che la macinatura debba essere fatta in modo tale da rendere impossibile il togliere le minute particelle cruscali mediante la stacciatura, e ciò è necessario ed ovvio poichè, se fosse altrimenti, la legge verrebbe troppo facilmente frodata. Nessun metodo quindi si può usare per ottenere il pane bianco, nè sarebbe lecito il farlo.

Il « Gentil rosso » è una varietà di frumento molto coltivata ed usata in Italia e non vi è ragione di ritenere che con esso si debba ottenere una farina più scura che con altre varietà. E' un fatto che vi sono partite di farina più scura che altre, ma questo dipende generalmente dall'avere usato partite di grano più scadenti (imperfetta maturazione, grani piccoli), per cui la percentuale delle crusche (in confronto con quella dell'amido) è maggiore e, quindi, con l'abburattamento all'82 % si ottiene una farina con maggiore quantità di residui cruscali. Questa però non può superare certi limiti, che sono bene rilevabili con l'analisi, alla quale si può quindi ricorrere in caso di dubbio. *fil.*

Al dott. F. G., abb. n. 2989:

Buoni formulari terapeutici sono: L. FERRANNINI: *La terapia clinica nella medicina pratica*, L. Pozzi, ed., Roma; RUBINO: *Formulario terapeutico*, F. Vallardi, Milano; *Formulaire Astier*, Vigot-Frères, Parigi. *fil.*

Al dott. F. C., da M., abb. n. 11943:

Anche il semplice sospetto di difterite può autorizzare l'iniezione del siero antidifterico, specialmente se mancano i mezzi di controllo. Questa, se fatta per via sottocutanea od endomuscolare, può tutt'al più determinare qualche fenomeno anafilattico, senza conseguenze gravi.

fil.

Al dott. F. Gherardi da Arezzo:

Sui gas asfissianti, veda la monografia riassuntiva del prof. A. LUSTIG, pubblicata sul *Giornale di medicina militare* del 1925 e quella di A. BUSINCO: *I gas così detti asfissianti*, Ibid., 1921.

La letteratura in proposito è abbondante. Veda tra l'altro: D. DE CONCILIIS: *Meccanismo d'azione dei gas asfissianti*, Policlinico, Sez. medica; vi sono anche citati alcuni lavori sull'azione dei detti gas sulle vie respiratorie; R. PELLEGRINI: *Sulle lesioni anatomo-patologiche da gaz asfissianti*, Il Morgagni, Archivio, 1916, n. 9; G. BILANCIONI: *Alterazioni anatomiche delle prime vie aeree e digerenti da « gas asfissianti »*, Archivi italiani di Laringologia, ott. 1916. *fil.*

VARIA.

Vita sessuale femminile.

La spregiudicatezza con cui negli Stati Uniti vengono trattate le questioni sessuali, ci viene attestata da un articolo di L. R. Dickinson e H. H. Pierson, pubblicato nel più importante giornale medico americano, il *Journal of the Americ. Medical Assoc.*, 10 ottobre 1925.

È il primo di una serie, e gli autori vi raccolgono i dati di un'inchiesta che è stata condotta dalla dottoressa Caterina B. Davis valendosi di un copioso materiale, con metodi statistici rigorosi e col sussidio di grafiche.

Sulla *masturbazione femminile* la Davis ha ottenuto 1183 risposte da donne colte (diplomate), nubili, viventi in città, dell'età media di 37 anni ma col gruppo maggiore costituito da donne a 30 anni. Malgrado la riluttanza a confessarla, è stata ammessa dai due terzi circa (65 %).

L'autrice si è anche voluta informare sulla frequenza di queste pratiche auto-erotiche: un terzo vi ricorreva una-due volte al mese; un quinto una volta incirca alla settimana; un quarto rare volte.

Riguardo all'inizio, il 42 % denunzia l'età di 5-11 anni, ossia molto prima della pubertà, che negli Stati Uniti cade in media a 16 anni. Questo comportamento differirebbe da quello dei maschi, per i quali l'inizio dell'auto-erotismo cadrebbe di solito (75 %) fra 12 e 17 anni.

Le ragioni addotte per giustificare la masturbazione sono: procurarsi un piacere e un desiderio di rilassamento che non si riesce a vincere; le letture suggestive avrebbero molto minore importanza e agirebbero solo da coadiuvante; pochissime donne incriminano il ballo.

Di regola, si rinunzia a queste pratiche dopo una certa età (delle donne che dettero risposta positiva, il 50 % aggiunsero di averla smessa).

La cessazione era venuta per timore delle conseguenze sulla salute, ovvero per un senso di auto-rispetto, od anche per cessazione degli stimoli.

Data la frequenza con cui la masturbazione viene praticata, certamente maggiore di quella ammessa, e siccome le cifre raccolte si riferiscono ad una classe superiore di donne, dotate di forti poteri inibitori, l'autrice ne desume che la pratica è d'impiego corrente e deve considerarsi come *normale* nella vita femminile.

Le conseguenze sulla salute non risultano dimostrate; anzi denunziano salute migliore quelle che continuano nella pratica e non si nota una differenza apprezzabile tra i casi in cui l'inizio è precoce e quelli in cui è posteriore ai 18 anni.

L'A. ha indagato in che proporzione stanno le varie *pratiche sessuali* in donne maritate e in donne nubili. Risulta che il matrimonio in genere esercita un'azione moderatrice; per es., negano ogni forma di attività sessuale il 30 % delle nubili e il 51 % delle coniugate. La masturbazione viene praticata dal 65 % delle nubili e dal 38 % delle coniugate. Essa non si associa ad altre pratiche nel 42 e nel 27 % rispettivamente. Nel 7 % delle nubili la masturbazione si associa a rapporti etero-sessuali; nel 12 % a rapporti sessuali con donne: nel 2.6 % si hanno tutt'e tre queste forme di attività sessuale; nel 4.5 % delle nubili si hanno soli rapporti omosessuali.

L'autrice ha compiuto un'inchiesta sulla *grandezza del clitoride* (glande), allo stato flaccido, e raccoglie in grafiche i dati di 100 misurazioni. La lunghezza più frequente è stata di 3 a 4 mm., ma si va sino a 14 mm.; la larghezza più frequente è stata di 4 a 5 mm., ma si va sino a 15. L'autrice distingue i clitoridi in *piccoli*, fino a mm. 2.5 nelle due dimensioni: rappresentano il 5 %; *normali*, da 2.5 a 6.5 mm., rappresentano il 75 %; *grandi*, oltre 6.5 mm., rappresentano il 20 %. La grandezza *media* risulta di mm. 4 (larghezza) × 4.5 (lunghezza). Le cifre di Morris, Testut, Waldayer, Poirier, Jayle, sono maggiori (5.6 a 8 mm.); ma evidentemente questi anatomici si sono valsi di esemplari piuttosto grandi; le loro cifre vanno dunque corrette.

Un'altra inchiesta è stata condotta sulla *grandezza dell'ingresso vaginale;* i risultati di 109 determinazioni, eseguite ambulatoriamente, vengono resi in grafiche a forma circolare. In media, nelle vergini l'ingresso misura cm. 2.5 di diametro; nelle nullipare 4; dopo i parti 5.5-6.5; ma si hanno scarti notevoli. Le operazioni di ripristino possono ridurlo di cm. 2.5.

L'imene delle vergini permette l'ingresso di un dito adulto; non di più. Si riconosce in specie perchè l'orlo ne è netto, quasi tagliente. In seguito a manovre graduali e spesso ripetute, l'imene può diventare distensibile, conservando la sua integrità. Il « vigoroso massaggio coitale o manuale » può mettere perfino l'imene in grado di sopportare, poi, il parto senza rompersi. Le donne che da giovani non compiono esperienze sessuali, vanno dunque più soggette a danni dei genitali esterni nell'atto del parto.

Le *ipertrofie della vulva* sono prove di autoerotismo; consistono in ingrandimento delle piccole labbra e del prepuzio, il quale può anche pieghettarsi; alle volte si hanno ingrandimenti delle glandole sebacee, che possono sollevarsi; sporgenze del meato; prominenza delle vene; i muscoli pelvici si disegnano più netti; è raro che anche il clitoride sia ingrandito. Un'eccessiva dilatabilità della vagina nelle nullipare può dipendere tanto da iper-indulgenza nella vita sessuale, quanto da sfiancamento e atonia.

Per dare un'idea dei procedimenti dell'autrice, diremo ancora che, volendo determinare la direzione (profilo) della vagina, tra altri metodi adottati introduceva nell'organo un tubo di vetro del « diametro fallico medio » (cm. 3.3).

Un'inchiesta sull'*inizio della mestruazione* dimostra che negli Stati Uniti esso varia da 10 a 21 anni, con la massima frequenza a 15 e con la media a 16. Vengono istituiti confronti con altri paesi: per l'Italia i dati di Calderini indicano una media di 14 anni. I dati relativi a 50,651 casi, dei climi temperati, portano a una media fra 13 ½ e 14 anni.

L'età della menopausa è stata accertata per 332 donne americane e confrontata con quella di 3200 donne di altri paesi. Risulta che la massima frequenza si ha a 49 anni; generalmente si crede prima. La menopausa può tardare fino a 55 anni e oltre.

L'età del matrimonio in 999 donne americane si è avuta con la massima frequenza a 24 anni.

Sulle pratiche anticoncezionali la Davis ha raccolto le prime 1000 risposte di un'inchiesta; 78 donne si sono pronunziate contro; 80 praticano l'astinenza (malthusianismo); 730 approvano in principio le pratiche neo-malthusiane per motivi d'ordine economico o sanitario. L'argomento viene qui appena sfiorato dall'A., perchè verrà discusso ampiamente altrove.

Abbiamo voluto riassumere largamente questo studio, in quanto stimiamo che convenga diradare molte nebbie da cui ancora è avvolta la vita sessuale femminile. I fenomeni naturali meritano di essere conosciuti compiutamente e si ha torto di considerare alcuni aspetti della vita sessuale femminile come *tabù*. Il medico in particolare ha l'interesse e il dovere di rendersene edotto. Questa conoscenza nulla deve togliere al rispetto e alla devozione verso la parte più bella e gentile della specie umana.

L. V.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXXII. — Servizio provvisorio: quando è valido agli effetti del periodo di prova.

L'art. 36 del R. D. 30 dicembre 1923, n. 2889, stabilisce che « il servizio interinale, seguito senza interruzione dalla nomina regolare in base a concorso, è computato agli effetti del biennio di prova ». Questa disposizione è ormai notissima. Ma si è presentato il caso di un medico condotto che aveva prestato servizio provvisorio, prima della nomina definitiva, per semplice incarico del sindaco. La V Sezione del Consiglio di Stato, con decisione 25 giugno 1926, n. 219, ha considerato inefficace questo servizio. Prescindendo dalle circostanze *particolari* del caso deciso, è necessario chiarire bene la portata di questa risoluzione per evitare generalizzazioni pericolose. Il servizio interinale è valido qualora corrisponda alle condizioni volute dall'art. 36: che si tratti di servizio effettivo, in qualità di interino, e non di semplice supplenza temporanea del titolare assente, che non vi sia discontinuità tra il servizio interinale e la nomina definitiva. Si può considerare inefficace la semplice supplenza del titolare assente o impedito anche perchè in tal caso non si potrebbe con sicurezza presumere che l'amministrazione comunale abbia controllato l'opera esplicata dal medico ed abbia quindi elementi apprezzabili ai fini del giudizio circa le attitudini, ecc. Ma, in ogni altro caso, trattandosi di un rapporto interinale — per tempo determinato o indeterminato — e quindi di servizio provvisorio, essendo anzi la provvisorietà caratteristica del rapporto interinale, non si può escludere in linea di massima la efficacia del servizio agli effetti della prova.

Può influire la circostanza che la nomina sia stata deliberata dal sindaco o più esattamente che si tratti di un incarico da esso conferito? Io non credo che ciò possa avere rilevanza. Normalmente spetta al Consiglio comunale di provvedere anche alle nomine interinali; ma se in fatto il servizio è stato prestato e riconosciuto valido dal Comune agli effetti patrimoniali e delle responsabilità che vi sono inerenti, se cioe non si contesta, almeno in fatto, la effettivita del servizio non ha importanza l'atto costitutivo del rapporto sia esso un provvedimento del sindaco che conferisce l'incarico o una regolare deliberazione del Consiglio comunale.

Qui non si discute della legittimità della nomina nè la legge richiede all'art. 36 che il servizio interinale derivi da regolare nomina deliberata dal Consiglio; la legge anzi prende in considerazione il fatto obbiettivo del servizio aggiungendo la sola qualificazione interinale, la quale normalmente corrisponde a quella di un rapporto provvisorio.

Altra ipotesi: è valutabile, agli effetti del compimento del biennio di prova, il servizio prestato dopo che il medico condotto aveva presentato dimissioni volontarie rimanendo in servizio con espressa condizione di provvisorietà sino all'assunzione di un nuovo medico per concorso? La V Sezione del Consiglio di Stato, con la decisione 25 giugno 1926, n. 219, ha risposto negativamente. Anche qui bisogna distinguere. Se il medico dimissionario è stato poi riassunto in servizio in base a nuovo concorso e senza interruzione, io sono persuaso che, agli effetti del periodo di prova, si debba tener conto di tutto il servizio effettivamente prestato, prima e dopo le dimissioni perchè alla discontinuità giuridica non corrisponde una interruzione di fatto e concorrono invece le due condizioni volute dalla legge: effettività del servizio e continuità di esso. Se, invece, il medico non è stato poi nominato per concorso, ma, essendosi dimesso nel corso del periodo di prova, sia poi rimasto in servizio a condizione di provvisorietà, egli non può far valere un diritto di stabilità perchè il rapporto costituito in base alla nomina definitiva è estinto per effetto delle dimissioni volontarie; il secondo rapporto non può essere considerato una ricostituzione del primo ma ha titolo nell'accordo successivo ed ha carattere provvisorio e non è, quindi, atto a stabilizzazione.

LXXIII. — Licenziamento per motivi disciplinari: sindacato di merito.

Qualora si controverta del licenziamento di un medico condotto per motivi disciplinari, la G. P. A. non ha obbligo di limitarsi ad esaminare gli addebiti contestati dall'amministrazione all'interessato, ma può e deve indagare circa i moventi che indussero l'amministrazione a promuovere un'inchiesta contro il sanitario, se sia dedotto essere il licenziamento lo effetto di « spirito partigiano ». Tale indagine deve fare in ogni caso il Consiglio di Stato sulla base del ricorso contro la decisione della G. P. A.

Deve ritenersi viziato da eccesso di potere il licenziamento di un medico condotto deliberato a seguito di inchiesta che risulti essere stata condotta con criteri poco sereni di giudizio, in

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

quanto basata su accuse generiche, relative in parte a fatti remoti e quindi non controllabili e in parte ad addebiti non accertati o, per quelli più attinenti al punto di vista tecnico professionale, dichiarati non rilevanti dal Consiglio Provinciale Sanitario.

Queste risoluzioni risultano dalla decisione 15 maggio 1926, n. 158, della V Sezione del Consiglio di Stato. Si deve però tener presente che si tratta di criteri di massima, certamente molto importanti ma tali che non si possono estendere a qualsiasi deduzione che attribuisca a volontà arbitraria e personalistica la spinta al licenziamento. Occorre che la deduzione abbia un fondamento concreto di serietà e di attendibilità sulla base di dati positivi. Si tratta di quistioni di specie più che di massima. Interessa però stabilire che, svolgendosi un giudizio che importa la valutazione del merito del provvedimento, la indagine non può essere circoscritta ma deve avere la maggiore ampiezza al fine della istruttoria e dell'accertamento dei fatti e delle colpe risultanti dalla contestazione e della causa vera del provvedimento.

Con la stessa decisione è stato anche dichiarato che l'art. 41 del regolamento sanitario 19 luglio 1906, n. 466, stabilisce la sospensione estensibile a tre mesi anche per le assenze arbitrarie, ma soltanto nel caso in cui tali assenze sieno abituali. Se manchi la condizione dell'abitualità è invece applicabile la censura.

LXXIV. — Licenziamento per violazione dell'obbligo della residenza.

La constatata e persistente infrazione della clausola del capitolato di condotta medica relativo all'obbligo del sanitario di risiedere nel capoluogo del Comune, deve ritenersi motivo grave di licenziamento tanto più se l'amministrazione, per costringere il medico all'obbligo della residenza, abbia rivolto a parecchie riprese inutili richiami. Questa risoluzione (decisione 26 giugno 1926, n. 445) presuppone non soltanto la legittimità dell'obbligo della residenza nel capoluogo — nel caso deciso l'obbligo risultava dal capitolato e si deve ritenere che non fosse stato modificato da successivi provvedimenti — ma anche un fatto volontario anzi, come dice la decisione, una persistente e constatata infrazione dell'obbligo.

Si deve però eccettuare il caso in cui la dimora nel capoluogo non sia possibile per difetto di locali atti ad alloggio conveniente. In tal caso il medico deve procedere molto cautamente, avvertendo il Comune della impossibilità in cui si trova e chiedendone la cooperazione al fine di una sistemazione conveniente. È opportuno comunicare anche alla Prefettura lo stato di quasi necessità in cui egli si trova: ciò al fine di precostituire la prova della involontarietà della inosservanza.

In alcuni casi mi è accaduto di constatare pretese eccessive. Il medico, non trovando alloggio conveniente, ha stabilito la dimora personale nel capoluogo o nella frazione, insomma nella residenza obbligatoria, e quella della famiglia in altro luogo. Il Comune ha preteso che il medico stabilisse nel luogo designato la dimora di tutta la famiglia, forse per impedire la spinta ad assenze. Ma tale pretesa è eccessiva. Potrà eventualmente il Comune reprimere con sanzioni disciplinari le assenze arbitrarie del medico ma non può imporgli anche una data residenza per la famiglia.

LXXV. — Libera docenza.

L'art. 39 del R. D. 30 settembre 1923, n. 2102, lettera *B* dispone che il candidato alla libera docenza deve « fornire con titoli integrati da una conferenza sui titoli stessi e da prove didattiche o sperimentali la dimostrazione del suo valore scientifico e della sua attitudine didattica rispetto alla materia che si propone di insegnare ». Tale locuzione dell'art. 39 concede alla Commissione la maggior latitudine in ordine alle prove da richiedere (insieme con gli altri elementi di valutazione) ed ha manifestamente lo scopo di dare la possibilità di sottoporre il candidato anche a più di una prova avuto riguardo all'indole e alla particolarità della materia per la quale egli aspira alla libera docenza.

Qualora, per altro, la Commissione ritenga che una prova didattica (integrativa dei titoli della conferenza) costituisca elemento sufficiente per esprimere in merito il suo giudizio, non ha l'obbligo di richiedere un maggior numero di prove.

Non può essere considerato incostituzionale il R. D. 6 aprile 1924, n. 674. Non difetta di sufficiente motivazione il rapporto della Commissione giudicatrice per il conferimento di libera docenza, se esso proceda all'esame analitico di tutti i singoli elementi del giudizio (lavori scientifici, lavori clinici, conferenza sui titoli, lezioni) ed esprima in sintesi su ciascuno di essi l'apprezzamento della Commissione, enunciando poi la ragione decisiva del convincimento circa la maturità del candidato a conseguire la docenza nella materia (clinica otorinolaringoiatrica) alla quale aspirava. Non è illegittimo l'operato della Commissione che ritenne potersi prescindere del tutto dal sottoporre il candidato alle prove sperimentali dopo l'unica prova didattica riuscita deficiente. (Consiglio di Stato, sezione IV, decisione 25 giugno 1926, n. 3371).

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

Posti vacanti.

Acuto (*Roma*). — Al 40° giorno dal 25 ott. Vedi fasc. 46.

Ancona. *Ospedale Civile «Umberto I»*. — Due medici assistenti; titoli; L. 4000 oltre vitto ed alloggio personale tutti i giorni e caro-viveri in L. 1000. Scad. 13 dicembre. Rivolgersi Direzione Sanitaria.

Ausonia (*Caserta*). — Al 20 dic., ore 12; Lire 7000 oltre L. 2400 cav. Età lim. 45 a. Doc. a 3 mesi. Accettaz. entro 5 gg.; serv. entro 15.

Azzano X (*Udine*). — 2ª Cond.; a tutto 20 dic.; L. 8000 per 1500 pov.; serv. att. L. 500; obbl. trasp. L. 3000; doppio c.-v.; Km. 25 in pianura; ab. 5000 c. Età lim. 35 a. Tassa L. 50,10. Chiedere ann.

Borgo S. Donnino (*Parma*). — Scad. 10 dic.; 2ª cond. (ab. 5000 c.); età mass. 40 a.; L. 9500 e 5 quadr.; servizio in altri comuni contemplato per un terzo; c.-v. L. 1000; cavallo o autom. Lire 4000.

Bormida (*Genova*). — Scad. 20 dic.; L. 8400 e bienni; indenn. uff. san. e c.-v.

Canepina (*Roma*). — Scad. 20 dic.; L. 10.500; addizion. L. 4 oltre 1000 pov. e L. 5 oltre 2000; L. 400 uff. san.; 5 quadrienni dec.; c.-v. (L. 1200 celibi, L. 1640 ammogliati, L. 0,85 giornal. ogni persona a carico). Ab. 2671. Serv. entro 15 gg. Chiedere ann.

Catania. *R. Prefettura.* — Uff. anitarî. Scad. 15 dic. Vedi fasc. 46.

Clusone (*Bergamo*). *Ospedale Civile.* — Scad. 15 dic, primario chir. dirett. radiologo; v. fasc. 47.

Cosenza (*Reggio Cal.*). *R. Prefettura.* — Uff. san. di Paola; L. 7000 e 5 quadrienni dec. Scadenza 20 dic.

Finale Emilia (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — Al 10 dic., chirurgo direttore del Civico Ospedale; v. fasc. 47.

Finalmarina (*Genova*). — Ab. 3337; pov. 295; stip. L. 7200; addizionale poveri ammessi alla cura gratuita oltre il numero fissato L. 500; dieci bienni ventesimo; c.-v. Ospedale. Scad. 16 dic.

Foggia. *R. Prefettura.* Ufficiali sanitarî. Scad. 7 dic. Vedi fasc. 46.

Forlì. *Ospedale Civile G. B. Morgagni.* — Al 10 dic., assistente Sez. Medica; v. fasc. 47.

Jatricoli (*Reggio Cal.*). — Scad. 8 dic., ore 15; per 2 fraz.; L. 5000 (*sic*) e 5 quadrienni dec. nonchè L. 5 ogni famiglia (*sic*) eccedente il n. di 200 iscritte; per cav. L. 2500. Tassa L. 50 alla Tesoreria com.

Macerata Campania (*Caserta*). — Scad. 15 dic.; L. 7000; trasp. L. 2400; limite età 45 a. Tassa L. 50.10. Schiar. Segreteria Comunale.

Monte S. Maria Tiberina (*Arezzo*). — A tutto 31 dic.; per Lippiano; L. 10.000 e 4 quadrienni dec.; c.-v. in L. 100 mens.; L. 500 uff. san.; L. 3000 trasp.; alloggio nell'Ospedale in corrispettivo del servizio. Tassa L. 50,10. Chied. ann.

Norcia (*Perugia*). — Scad. 10 dic. Per Campi-Ancarano; L. 9800 e tre quinquenni dec.; serv. att. L. 2100; due c.-v. Tassa L. 50.

Osimo (*Ancona*). — Scad. 3 dic.; L. 8000 e 10 bienni ventes.; c.-v.; L. 1000 Ospedale. Età lim. 34 (39) a. Tassa L. 50.

Paterno d'Ancona (*Ancona*). — A tutto 15 dic.; v. fasc 47.

Pieve di Cento (*Ferrara*). — Scad. 10 dic.; condotta interna; tassa L. 50.10; età lim. 35 a.; L. 8000 e 5 quadr. dec., nonchè quota complement. L. 2500 rivedibile, L. 3 capitarie oltre 1000 pov. Serv. presso Ospedale, Ricovero Vecchi e Orfanotrofio. Per uff. san. L. 1000. Dall'Opera Pia Galluppi L. 300.

Pozzaglia Sabina (*Roma*). — Scad. 16 dic.; v. fasc. 47.

S. Giorgio su Legnano (*Milano*). — Pror. al 10 dic.; popolaz. 3500; pov. iscritti 150; stip. iniz. L. 9000 lorde; uff. san. L. 850. Chied. avviso al Podestà.

S. Polo de' Cavalieri (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 1° nov. Vedi fasc. 47.

Scansano (*Grosseto*). *Congregazione di Carità.* — Direttore-chirurgo primario del Civico Ospedale; titoli; L. 12.000; alle condizioni del vigente regolamento interno e del relativo quaderno d'oneri. Scad. a tutto 15 dic. Rivolgersi Segreteria.

Spezia. *Ospedale Civile «Vittorio Eman. II».* — A tutto il 15 dic. 1926 sostituto medico primario. Chiedere avviso Segreteria.

Treviolo (*Bergamo*). — Scad. 12 dic. Consor. 4 Com.; ab. 4327; pov. 200 circa; L. 6000 (*sic*) e 5 quinquenni; addizionali capitarie; L. 500 trasporto: L. 300 ambul.; c.-v.

Udine. *Ospedale Civile.* — Primario specialista Reparto Dermoceltico. Scad. 30 dic. Vedi fasc. 47.

Venezia. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sez. Tubercolosi (in Isola di Sacca Sessola). Scad. 10 dic. Ved. fasc. 47.

La Prefettura di Capitanata ha sospeso i concorsi banditi con gli avvisi 22 agosto e 16 ottobre c. a. per la nomina degli ufficiali sanitari di Vieste, Lucera, Pietra Montecorvino, Margherita di Savoia, S. Marco in Lamis, Stornara, Volturara, Appula, Biccari, S. Paolo Civitate, Poggimperiale, Volturino, Alberona, Candela, Carlantino, Carpino, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celenza Valfortore, Chieuti, Motta Montecorvino, Ortanova, Peschici, Rodi Garganico, Stornarella, Serracapriola.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Giuseppe Bertaccini, già aiuto nella Clinica dermosifilopatica di Genova, è stato chiamato quale professore incaricato di Clinica dermosifilopatica alla R. Università di Perugia.

NOTIZIE DIVERSE.

Comitato d'igiene della Società delle Nazioni.

Ha tenuto la sua 8ª sessione a Ginevra dal 13 al 19 ottobre, sotto la presidenza del dott. T. Madsen.

Sono state anche tenute adunanze speciali degli esperti tedeschi, della Commissione del cancro, della Commissione per la stendardizzazione dei sieri e dei prodotti biologici, nonchè una Conferenza per lo scambio di medici nei porti dell'Europa settentr.

Sono state prese in esame le relazioni delle Commissioni per la malattia del sonno, per la malaria e per la mortalità infantile. Si è nominato un Comitato per la lista internazionale delle cause di morte. Si sono esaminati i problemi dell'assicurazione malattie, dell'igiene scolastica e altri. Si è deciso di sviluppare i servizi d'informazioni epidemiologiche, gli scambi di personale sanitario e di creare borse di studio individuali.

Primo Congresso della Società Italiana di Studi scientifici sulla tubercolosi.

Si è svolto in Milano nei giorni 23 e 24 ottobre.

La Società Italiana di Studi Scientifici sulla Tubercolosi testè sorta per il volere di un illustre Clinico, il sen. Edoardo Maragliano, con lo scopo di coordinare e di mettere nel giusto valore quanto la scienza italiana ha fatto e fa anche in questa importante branca della medicina, ha avuto nel suo primo Congresso una brillante affermazione attraverso il largo consenso di scienziati illustri e specialisti convenuti a Milano da ogni parte d'Italia.

Larghe adesioni ebbe il Congresso anche da parte di Enti pubblici e politici (il Comune, la Provincia, il Consorzio antitubercolare, ecc.) e di spiccate personalità quali l'on. Raffaele Paolucci, i proff. Micheli, Zoja, Devoto, Alfieri, ecc.

Il tema di relazione affidato a tre relatori (i proff. Carpi, De Bonis, Ronzoni), ciascuno dei quali ha svolto una parte dell'importante e complesso argomento, è stato: « Il pneumotorace nella cura della tubercolosi polmonare ».

Le relazioni, dettate con rigore scientifico e alta competenza, furono oggetto di interessanti discussioni da parte di illustri cultori di tisiologia quali Morelli, Pariset, Cambiaso, Cova, Fagiuoli, Landolfi, Gennari, De Martini, e l'Assemblea dei Congressisti, presieduta dal sen. Maragliano, ritenne opportuno di concretare praticamente i risultati e le conclusioni di essa in un ordine del giorno proposto dal prof. Fagiuoli, che è bene riferire per il suo notevole significato:

« Il primo Congresso della Società Italiana di Stuti scientifici sulla Tubercolosi;

udite le relazioni dei proff. De Bonis, Carpi e Ronzoni sul pneumotorace terapeutico e la completa discussione sull'argomento;

mentre riafferma la grande efficacia del metodo dovuto alla geniale intuizione di Carlo Forlanini nella cura della tubercolosi polmonare;

pur ritenendo che esso debba essere eseguito colle migliori garanzie di tecnica perfetta e con indicazioni precise;

ne propugna una più larga diffusione nei casi appropriati ».

Alla discussione sul tema di Relazione seguirono numerose e interessanti comunicazioni di ordine scientifico, pure oggetto di elevate e serene disamine da parte dei Congressisti. Da ricordare fra tali comunicazioni quelle di Arrigoni, Magrassi, Landolfi, Mattei, Curti, Malan, Cecchini, Fiore.

Il Congresso chiuse i suoi lavori con vibranti telegrammi a S. E. on. Mussolini e all'on. Raffaele Paolucci. Un telegramma vollero pure inviare i Congressisti alla vedova del compianto prof. Lucatello, benemerito degli studi sulla tubercolosi in Italia.

Lega Nazionale contro il pericolo venereo.

L'8 novembre, alle ore 16 e un quarto, si è riunito il Consiglio direttivo della Lega Nazionale contro il pericolo venereo. Erano presenti i proff.: Bosellini, presidente, Baglioni, Mieli, cassiere, e V. Montesano, segretario.

Approvato il verbale della seduta precedente, il prof. Baglioni riferisce brevemente sul Congresso Internazionale di Studi Sessuali, testè svoltosi in Berlino, nel quale egli rappresentava anche la Lega. Comunica che il prossimo Congresso sarà tenuto in Roma fra 3 anni.

Il segretario dà lettura di una copia della lettera del dott. Wiesweiller, segretario dell'Unione Internazionale contro il Pericolo Venereo di Parigi, in merito alla quale il Consiglio decide di autorizzare il cassiere prof. Mieli ad inviare Frs. 500 all'Unione Internaz. contro il Pericolo Venereo, quale quota annuale della Lega. Si decide inoltre di interpellare la Croce Rossa Italiana ed il Presidente dell'Associazione Professionale dei Dermosifilografi Italiani a mettersi d'accordo sul delegato che dovrà partecipare con diritto di voto al Consiglio stesso, in nome della Lega, e di designare a proprio Delegato il prof. Santoliquido, rappresentante della Croce Rossa Italiana.

Finalmente si mette in discussione il tema dei due premi da assegnarsi coi fondi di cui dispone la Lega. Si decide che i due premi saranno di L. 4000 ciascuno, ed avranno i seguenti temi: 1) « La coltura del treponema » (Rassegna critica e ricerche sperimentali); 2) « Guarigione della blenorragia dell'uomo e della donna. Sopravvivenza e latenza del gonococco ». Si decide che i lavori, inediti, copiati a macchina e portanti un motto convenzionale, che sarà ripetuto sopra una busta chiusa ed opaca, la quale conterrà il nome dell'autore, dovranno essere inviati al segretario della Lega non oltre il 31 dicembre 1927, in plico raccomandato. La Commissione sarà composta di 3 professori titolari e di 2 liberi docenti, e sarà nominata dal Consiglio direttivo a concorso chiuso. I membri del Consiglio direttivo non potranno far parte della Commissione.

Per l'Università di Roma.

All'imponente cerimonia per l'inaugurazione dell'anno accademico, che ebbe luogo il 31 novembre, assistevano i ministri Fedele e Volpi, i sottosegretari Bodrero e Bolzon, il grande ammiraglio Thaon de Revel, l'on. Blanc in rappresentanza del Direttorio del Partito Fascista, il Governatore di Roma sen. Cremonesi, il prefetto, i generali Vaccari, Barco, Varini, il marchese Paolucci de' Calboli capo di Gabinetto dell'on. Mussolini, e molte altre spiccate personalità della politica e della scienza.

Dalla relazione del rettore magnifico prof. Del Vecchio si rileva che gli studenti iscritti furono 4776, di cui 732 donne. L'Università di Roma in tutte le Facoltà, tranne quella di medicina, nella quale occupa ancora il secondo posto, ha raggiunto tra le consorelle italiane, per numero di studenti, il primato; come ha il primato per quello dei professori. Gli studenti stranieri sono circa 200.

Il rettore ha annunziato la concessione di un fondo di L. 3.900.000, da parte del Ministero delle Finanze, per le riparazioni ed i restauri più urgenti e quella di un fondo di 16 milioni, da parte del Governatorato di Roma, per l'ultimazione di alcuni degli edifici universitari la cui costruzione era da tempo sospesa.

Della « Città Universitaria » dovrà far parte anche la progettata « Casa dello Studente », che comprenderà l'alloggio per 800 studenti, sale da pranzo, di studio, di riunione, biblioteca, ed un vasto campo sportivo.

Il discorso inaugurale fu tenuto dall'on. De Stefani, su « La legge della rivoluzione ».

Fu letto un messaggio dell'on. Mussolini in cui è detto: « L'Università di Roma può e deve essere il centro massimo degli studi d'Italia ».

L'Ispettorato di Sanità dell'Esercito.

Con recente decreto è stato completato il quadro del Servizio di Sanità militare con l'istituzione degli ispettori di Sanità (in rapporto con l'istituzione degli ispettori di Mobilitazione e con quelli di Commissariato).

Gl'ispettori di Sanità avranno il grado di maggiori generali medici. Saranno in numero di tre, con sedi a Milano per i Corpi d'Armata settentrionali, a Firenze per i Corpi d'Armata centrali (Bologna, Firenze, Roma) ed a Napoli per i Corpi d'Armata meridionali.

I compiti degli ispettori di Sanità investono la tecnica dei servizi; comportano visite agli stabilimenti sanitari della rispettiva zona e lo studio del migliore funzionamento del servizio sanitario della zona stessa in caso di guerra. Tutti gli studi e le proposte dovranno far capo al Ministero della Guerra e allo Stato Maggiore per la parte che compete a ciascuno di questi due organi supremi. È anche prescritto che gli ispettori di Sanità promuovano il collegamento con gli analoghi servizi delle altre forze armate dello Stato e con gli Enti civili aventi attività affini.

Una circolare ai direttori di Cliniche Pediatriche.

Il Ministro della Pubblica Istruzione, on. Fedele, in seguito a richiesta dell'on. Blanc, presidente dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, ha inviato una circolare a tutti i professori di cliniche pediatriche e ostetriche delle Università del Regno perchè all'inizio delle lezioni del loro corso, illustrino la legge sulla protezione della maternità e dell'infanzia, spiegandone gli scopi altamente umanitari e fascisti.

Alla Scuola Minich di Venezia.

Il 3 novembre venne inaugurato l'anno scolastico per la Scuola Minich agli Spedali di Venezia, con una Relazione sulla attività ospitaliera e scientifica dello scorso anno, per parte del Medico Direttore prof. Ligorio ed una prelezione del Pediatra prof. Giorgi intorno alla fisiologia e patologia dell'infanzia.

Contemporaneamente venne pure inaugurato il Corso accelerato pei Medici condotti, che tanto favorevolmente fu frequentato anche negli anni scorsi.

Corso per la lotta contro la tubercolosi in Napoli.

Si è svolto in Napoli presso la Scuola Libera Medico-Chirurgica Napoletana dal 3 maggio al 13 giugno 1926. È stato organizzato dal prof. Andrea Ferrannini; vi hanno preso parte anche i proff. Vincenzo Lenzi, Silvio De Stefano, Alfonso Pirera, Vittorio De Bonis, Enrico Calendoli, Luigi Magliulo, Michele Sciuti, Raffaele Chiarolanza, Valentino Di Fabio, Michele Landolfi, Beniamino Rosati, Giovanni Spinetti, Arturo De Amicis, Giuseppe De Vincentiis, Carlo Martelli, Giuseppe D'Arrigo, Francesco Blasi, Raniero Papale, Alberto Botti. Le conferenze e le dimostrazioni pratiche si sono alternate con le visite d'istruzione nelle varie istituzioni antitubercolari e d'igiene sociale in Napoli e dintorni, tra le quali la Nave-Asilo Caracciolo, il Dispensario della Società Napoletana Antitubercolare, la stazione elioterapica e l'ospedale dei bambini del Pausilipon, l'Asilo-Scuola Tropeano e Marechiaro, la Colonia agricola Geremicca per i fanciulli pre-tubercolotici.

La Società Anatomica di Parigi

Come abbiamo annunziato, celebrerà il suo centenario il 16 dicembre. Questa data è stata scelta perchè coincidesse con le feste del centenario di Laënnec (13-15 dicembre). La riunione comporterà due sedute, il mattino alle 10 e il pomeriggio, nel piccolo Anfiteatro della Facoltà di Medicina. È stato messo all'ordine del giorno il tema: « Concezioni anatomiche attuali della tubercolosi pol-

monare »; lo svolgimento ne è affidato ai proff. Letulle (di Parigi) e Meyenbourg (di Zurigo); seguiranno delle comunicazioni sullo stesso tema. I soci che desiderano prendere la parola sono pregati d'inscriversi al più presto. Un banchetto per sottoscrizione avrà luogo il 16 dicembre, alle 12.45. Per informazioni e iscrizioni rivolgersi al segretario generale, dott. Roger Leroux, rue de l'Ecole de Médecine 21, Paris.

Colonia Antimalarica Infantile a Mussolinia.

Apertasi il 13 settembre con circa 20 fanciulli, poveri, di ambo i sessi, affetti da malaria cronica, si è chiusa il 29 ottobre.

Durante il funzionamento fu visitata: dal Prefetto della Provincia, dal Medico provinciale, dal prof. E. Di Mattei, dal Direttore Generale della Cassa Nazionale per le Assicurazioni Sociali e da altre spiccate personalità, le quali ebbero tutte parole di lode per la assistente, signorina Vala, inviata dalla Croce Rossa Italiana a cui peso ha funzionato la Colonia, e per il medico condotto rurale dott. Azzolina.

Nuova Scuola di Medicina e Igiene tropicale.

È stata inaugurata a Londra con l'intervento del ministro dell'igiene Chamberlain. La fondazione Rockefeller ha concorso con 2 milioni di dollari alla erezione della nuova Scuola e le ha assegnato una sovvenzione annua di 20.000 doll.

Istituto di Actinologia a Parigi.

A Parigi, sotto la direzione e per volontà di valenti attinoterapeuti, quali il Saidman ed il Dufestel, si è fondato un Istituto di Attinologia. Esso ha per scopo di studiare le applicazioni mediche dei raggi ultravioletti, la loro posologia, ed altre applicazioni scientifiche. Il Saidman l'ha dotato di apparecchi di emissione varia e permettenti di curare 150-200 malati al giorno, di apparecchi per ricerche scientifiche, di una biblioteca ricchissima aperta a medici e studenti, collezioni di minerali o prodotti antichi concernenti l'azione delle radiazioni, e numerosi laboratori, oltre che sale di degenza.

Programma dell'anno in corso è: studio dell'azione terapeutica generale delle sorgenti di raggi u. v. sia a vapori di mercurio che ad arco; azione terapeutica locale e generale delle sorgenti monocromatiche; azione terapeutica della luce privata dei raggi u. v. e infrarossi; azione dei raggi infrarossi; antagonismo delle radiazioni.

Elargizioni.

La Banca Popolare di Milano, auspicando ad una sempre più intima collaborazione fra scienza ed industria, ha erogato la somma di lire 100.000 perchè nell'Istituto di Fisica Complementare della R. Università di Milano, diretto dal prof. Pontremoli, sorga un laboratorio di Radiologia avente i seguenti scopi: misure sui raggi X e tarature dei relativi tubi; prove su apparecchi radiologici, tubi generatori e rettificatori; prove sulle protezioni; ricerche su quanto possa portare un miglioramento ed una estensione nelle applicazioni dei raggi X alla medicina ed all'industria.

Il prof. dott. Aguilar di Madrid ha donato 35.000 pesetas, pari a circa 150.000 lire, a quella Scuola di Odontologia, per l'acquisto di materiale didattico.

Propaganda igienica.

Il Governatorato di Roma ha organizzato dei cicli di conferenze illustrate da proiezioni cinematografiche per la coltura igienica popolare, in varî rioni della città. Queste conferenze si succedono regolarmente ogni domenica. Tra gli apostoli di quest'opera provvida di propaganda segnaliamo il nostro dott. Azeglio Filippini.

Si tengono inoltre conferenze serali nella sala Minerva, ove affluisce una vera folla di ascoltatori di tutte le classi sociali, tanto che si è sentita la necessità di estendere questa forma di propaganda.

Ad una conferenza tenuta il 16 corr. dal prof. Tito Gualdi volle assistere il Governatore. Venne proiettata una lunga e interessante cinematografia sull'alimentazione, intramezzata da visioni cinematografiche dell' Ospizio Marino di Ostia; precedette una film di propaganda al prestito del Littorio.

Il prof. Gualdi insistette sull'utilità individuale e collettiva della volgarizzazione delle norme dell'igiene.

Contro lo sputo.

La Federazione Nazionale Italiana contro la tubercolosi presieduta dall'on. prof. Raffaele Paolucci, al fine della propaganda igienica e di profilassi antitubercolare, va diffondendo una targa da esporsi nei luoghi pubblici e negli ambienti privati e nella quale si raccomanda la massima assoluta di « *Non sputare! La tubercolosi si diffonde con lo sputo* ». In questo suo compito altamente educativo la Federazione ha trovato consenziente il Governo Nazionale ed in particolare S. E. il Ministro dell'Interno, che con sua circolare a tutte le autorità ne ha raccomandato la diffusione. Dette targhe sono in metallo, quindi di durata indefinita, non soggette ad insudiciarsi ed eseguite con buon senso d'arte.

Si pregano i medici di volere coadiuvare la Federazione nella diffusione della targa in parola, sia con l'acquisto diretto, sia consigliandone l'acquisto ai Comuni, agli Enti pubblici, alle Amministrazioni presso le quali prestano servizio, ai loro clienti, ecc.

Una targa in tre colori, di cm. 23×16, più adatta per essere esposta nei luoghi pubblici, uffici, ecc. costa lire cinque; altro tipo in alluminio, più

elegante, da esporsi nelle sale d'aspetto dei professionisti, nelle case, negli ascensori, ecc., costa lire sei. Tutte le targhe portano nel retro a cura della Federazione una etichetta di controllo numerata.

Disciplina e coordinamento delle pubbliche manifestazioni di intellettualità, beneficenza, sport, commemorazioni e onoranze.

Con decreto-legge 6 agosto 1926, n. 1486, viene stabilito che le pubbliche manifestazioni di scienza, intellettualità, beneficenza, sport e le commemorazioni ed onoranze, non possono aver luogo, senza la preventiva autorizzazione del Prefetto della Provincia, nella quale la manifestazione deve essere tenuta.

L'autorizzazione è data dal Capo del Governo, sentiti i Ministri interessati, quando le manifestazioni assumono importanza nazionale.

Non sono sottoposte all'autorizzazione le manifestazioni ufficiali, quelle autorizzate con legge speciale oppure in modo permanente a norma delle vigenti disposizioni, e le tradizionali, delle quali ultime, però, dovrà essere dato avviso al Prefetto almeno un mese prima.

È costituita in ogni Provincia una Commissione consultiva. Il Prefetto della Provincia può adottare tutti i provvedimenti a lui deferiti dal decreto-legge, senza udire il parere della Commissione, nei casi urgenti e quando la Commissione regolarmente convocata non abbia raggiunto il numero legale per deliberare.

Professore di psichiatria per Sidney.

L'Università di Sidney (Australia) mette a concorso internazionale la cattedra di psichiatria. Il posto dovrà essere assunto il 1° marzo 1927. Stipendio 1.100 sterline annue (pari a 120.000 lire it. incirca, al corso odierno); è stabilito un assegno di 150 sterline (20.000 lire it.) per le spese di viaggio dall'Europa in Australia. I candidati devono aver prestato servizio manicomiale ed essere versati nella clinica più che nella patologia.

Insegnanti per il Paraguay.

Il capo esecutivo (presidente della repubblica) del Paraguay ha chiesto al Congresso (Parlamento) l'autorizzazione di assumere quattro professore stranieri per la Facoltà medica dell'Università di Asuncion.

Lezioni in dispense abusive.

La Corte d'Appello di Parigi ha confermato una sentenza pronunziata dal Tribunale, a carico di un uomo che preparava e vendeva dispense, non autorizzate, delle lezioni tenute nella Facoltà di medicina ed in quella di farmacia. Il processo fu intentato dai due decani di queste Facoltà. I dieci professori interessati, accedendo a un invito della Corte, hanno richiesto 100 franchi di danni ciascuno, e la Corte ha accolto la richiesta.

È morto a Parigi il prof. A. LE DENTU, già direttore della Clinica chirurgica dell'Hôtel Dieu. Era nato nelle Antille; contava 85 anni. Fu un operatore abilissimo. Ha pubblicato molti lavori in prevalenza di urologia, libri, lezioni.

Il 5 corrente si è spento a Treviso, in età di anni 77, il dott. comm. CARLO ANTONIUTTI. Perfezionatosi alle Cliniche di Parigi e alla scuola del Lister, fu per qualche tempo capo dell'ufficio comunale d'igiene ed esercitò poi per oltre trent'anni la chirurgia quale primario degli istituti ospedalieri di Treviso, di cui resse anche durante e dopo la guerra la direzione. Chirurgo eminente, recò nella pratica professionale la luce d'una grande nobiltà spirituale. Coprì importanti cariche pubbliche dando prova di alacre ingegno e di mirabile attività.

C. E. S.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO" PER IL 1927.

Singoli:	ITALIA	ESTERO
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 70	Lire 110
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 100	Lire 155
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 100	Lire 155
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 120	Lire 185

Premio Semi-Gratuito agli abbonati al "Policlinico" per il 1927

MASSIMILIANO CARDINI

Docente di Storia della Medicina nella R. Università di Roma.

MARCELLO MALPIGHI

La vita e l'opera scientifica.

Sarà un volume in-8°, di circa 200 pagine, stampato su ottima carta uso mano, in nitidissimi tipi bodoniani e conterrà il ritratto del grande biologo italiano.

Verrà posto in commercio al prezzo di L. 20, ma ai nostri abbonati sarà ceduto FRANCO DI PORTO

per sole L. **5** (in Italia)

per sole L. **10** (all'Estero)

a tutti coloro che invieranno l' INTERO importo del proprio abbonamento pel 1927 con l'aggiunta delle predette L 5 o L. 10, NON OLTRE IL 31 DICEMBRE 1926.

RIVISTE SPECIALI di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico", in abbonamento cumulativo pel 1927.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole: L. **28** per l'Italia o L. **45** per l'Estero potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1927 di una delle tre seguenti nostre Riviste di specialità:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☞ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di oltre 48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☞ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Questa rivista, che entra nel terzo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un numero separato L. 5
Per gli associati al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☞ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate (1925 e 1926) del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al prezzo di favore di sole:

L. 78 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Indirizzare Vaglia postali, Cheque e Vaglia Bancari, all'Editore del "POLICLINICO", sig. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - ROMA

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

IL POLICLINICO

PERIODICO DI MEDICINA CHIRURGIA E IGIENE

FONDATO DA

GUIDO BACCELLI E FRANCESCO DURANTE

DIRETTO DAI PROFESSORI

VITTORIO ASCOLI E ROBERTO ALESSANDRI

DIRETTORE DELLA R. CLINICA MEDICA DI ROMA — DIRETTORE DELLA R. CLINICA CHIRURGICA DI ROMA

Comunicato dell'Amministrazione

In occasione della recente adunanza tenutasi a Padova per ricostituire l'Associazione della Stampa Medica Scientifica Italiana, gli editori del " POLICLINICO „ e della " RIFORMA MEDICA „ presero insieme in esame la difficile situazione creata alla nostra stampa sanitaria, in specie ai periodici *settimanali* a larga diffusione, dal rincaro della carta subito in quest'anno, dalle aumentate tariffe tipografiche per cari-vita, nonchè dalle ingrossate spese postali, generali, di bollo ed altre minori, e constatarono che sarebbe ultra legittimo elevare le quote di abbonamento pel 1927 financo del 50 %. Molti periodici medici hanno infatti applicato aumenti notevoli che si accostano a tale percentuale o la superano.

Ma i due suddetti editori, decisi sempre ad ogni sacrificio per agevolare ovunque la diffusione della cultura medica Italiana, deliberarono di attenersi alla misura minima indispensabile per resistere, limitando l'aumento

a sole L. 10

e fissarono, per le rispettive pubblicazioni *settimanali*, il prezzo di abbonamento annuo in

L. 70 per l'Italia e L. 110 per l'Estero

Inoltre l'editore del " POLICLINICO „ per le due Sezioni *mensili* del periodico stesso (la MEDICA e la CHIRURGICA) che sono gli *Archivii* più accreditati, più diffusi e più a buon mercato che si stampano in Italia, ha voluto limitare l'aumento annuo all'ancora più tenue misura

di sole L. 5.

Quindi, come è stato già stampato nei nostri tre precedenti fascicoli, i prezzi per le varie Serie di abbonamento al " Policlinico „ per l'anno 1927, sono i seguenti:

Singoli:	ITALIA	ESTERO
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale)	Lire 70	Lire 110
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi:		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica)	Lire 100	Lire 155
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica)	Lire 100	Lire 155
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 120	Lire 185

La Classe Medica Italiana saprà apprezzare questo sforzo di buona volontà e di transigenza e ne darà prova inviando ***con sollecitudine*** l'importo dell'abbonamento pel nuovo anno.

Roma, 6 Dicembre 1926.

L'AMMINISTRAZIONE

Premio Semi-Gratuito agli abbonati al "Policlinico„ per il 1927

MASSIMILIANO CARDINI

Docente di Storia della Medicina nella R. Università di Roma.

MARCELLO MALPIGHI

La vita e l'opera scientifica.

Sarà un volume in-8°, di circa 200 pagine, stampato su ottima carta uso mano, in nitidissimi tipi bodoniani e conterrà il ritratto del grande biologo italiano.

Verrà posto in commercio al prezzo di L. 20, ma ai nostri abbonati sarà ceduto FRANCO DI PORTO

per sole L. **5** (in Italia)
per sole L. **10** (all'Estero)

a tutti coloro che invieranno l' INTERO importo del proprio abbonamento pel 1927 con l'aggiunta delle predette L 5 o L. 10, NON OLTRE IL 31 DICEMBRE 1926.

RIVISTE SPECIALI di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico„ in abbonamento cumulativo pel 1927.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:

L. **28** per l'Italia o L. **45** per l'Estero

potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1927 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di specialità:

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continuazione de

Le malattie del cuore e dei vasi

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto dal Prof. VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE

diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di oltre 48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti (clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num. sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria

diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Questa rivista, che entra nel terzo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un numero separato L. 5
Per gli associati al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate (1925 e 1926) del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al **prezzo di favore** di sole:

L. 78 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Indirizzare Vaglia postali, Chèques e Vaglia Bancari (riscuotibili in Roma) all'Editore del "POLICLINICO„ sig. LUIGI POZZI - Via Sistina, 14 - Roma

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

ANNO XXXIII — Roma, 6 Dicembre 1926 — Fasc. 49

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

LAVORI ORIGINALI.

SANATORIO DELLA C. R. I. « CESARE BATTISTI » - ROMA.

La cura della tubercolosi con l'aurotiosolfato di sodio (Sanocrysina).

Prof. GUIDO MENDES, direttore.

Che la *sanocrysina* (aurotiosolfato di sodio) sia stata preconizzata e largamente esperimentata in quest'ultimo biennio come un rimedio specifico per la tubercolosi, specialmente polmonare, è ormai noto a tutti, e tutti sanno anche ormai come gli Osservatori danesi, il Molgaard, inventore del rimedio, il Madsen, il Faber, ecc., avevano sperato di poter dimostrare come questo sale sia capace di attuare una vera e propria *sterilisatio magna* del tubercoloso.

La *sanocrysina*, in altri termini, introdotta per via venosa, a dosi piuttosto alte e progressivamente crescenti, pur non producendo alcuna lesione grave sui tessuti dell'organismo umano, determinerebbe una più o meno rapida distruzione dei bacilli tubercolari, esplicando il suo potere curativo in maniera *specifica*.

Così la maggior parte dei disturbi che compaiono come fenomeni reattivi dopo l'introduzione per via venosa del rimedio e che consistono in brusche elevazioni termiche, reazioni locali di focolaio, esantemi ed enantemi, disturbi gastrici ed intestinali, turbe renali e in qualche caso fenomeni di *schoc* anche mortale, sono stati dagli autori danesi attribuiti in genere alla messa in libertà delle tossine tubercolari per la distruzione dei bacilli provocata dalla *sanocrysina*. Anzi a combattere tali fenomeni il Molgaard preconizzò uno speciale siero antitossico preparato dal Madsen, che dovrebbe servire ad evitare l'insorgere dello *schoc*, o quanto meno a combatterne le conseguenze.

Questo siero, capace di neutralizzare con tanta sicurezza i fatti tossici tubercolinici sarebbe veramente, come qualcuno ha osservato, una scoperta ancora più importante della *sanocrysina* stessa!...

Tutto ciò rappresenta quanto in primo tempo si è sostenuto dagli esperimentatori danesi. In seguito però, e dopo che il rimedio fu lungamente usato, anche in altri paesi, il concetto primitivo della *sterilisatio magna* è venuto cedendo terreno ad un altro, secondo il quale l'azione della *sanocrysina* sarebbe secondaria alla reazione di focolaio che esso determinerebbe, così come la determinano le varie tubercoline.

Non più quindi uso di dosi massive, ma prudente introduzione in circolo di piccole dosi, lentamente e progressivamente crescenti.

Mentre quindi in primo tempo si consigliavano dal Molgaard stesso cure a dosi iniziali di 0,25, 0,50, 1 grammo, ad intervalli di 4-5 giorni da prima e di una settimana in seguito, si usa ora dai più cominciare la cura con minime quantità (0,05-0,10 al massimo) distanziando sempre debitamente di una settimana almeno una iniezione dal l'altra.

La *sanocrysina* è stata in questo ultimo tempo la bene attesa si può dire in tutto il mondo.

La speranza che brillava assai più dell'oro che la compone, ce la ha fatta desiderare ardentemente pei nostri poveri infermi, e la cortese munificenza degli scopritori ha reso possibile il suo uso dovunque.

Quali sono i primi risultati accertati? Occorre parlarne chiaramente perchè non è lecito tenere a lungo in sospeso chi soffre, attende e spera.

Premettiamo anzitutto che da quanto la maggior parte degli osservatori ha notato e da quanto consta personalmente anche a noi, l'uso della *sanocrysina*, anche a dosi ridotte, distanziate e lentamente progressive non è esente da disturbi ed inconvenienti gravi.

Se infatti in parecchi casi l'iniezione non è seguita da una reazione immediata o per lo meno questa reazione si limita ad una elevazione della temperatura di pochi decigradi, in qualche caso si hanno turbe assai più marcate.

Il soggetto prova, dopo pochi istanti, un senso di nausea, sente un sapore metallico, il viso si arrossa, talora si ha midriasi, capogiro, cefalea più o meno intensa.

Seguono vomiti, diarree e rapida elevazione della temperatura sopra i 39 e più gradi. La temperatura scende per solito il giorno seguente anche sotto la norma ordinaria del paziente, ma qualche volta si nota una seconda elevazione il giorno di poi.

Sono eccezionali però i casi nei quali si osservano con la caduta della temperatura fenomeni di vero e proprio *schoc*, con depressione arteriosa, minaccia di sincope, ecc., ed in generale si può dire che con un prudente dosaggio si possono evitare i fenomeni immediati gravi segnalati da alcuni autori.

Per solito questi fatti di reazione più o meno intensi si vengono del resto attenuando con l'assuefazione al rimedio sempre che si proceda con dosi minime.

Più importanti e più degni di attenzione sono invece le complicazioni che si vengono manifestando nel proseguimento della cura.

Mentre dopo le prime iniezioni, fino a che non si arriva alle dosi di 0,50-0,60 centigrammi non si hanno disturbi a carico dei reni, è regola costante che turbe renali appaiono quando si superano le suddette dosi.

L'esame delle urine rivela allora quasi sempre traccie di albumina e nel sedimento è costante la presenza di più o meno numerosi cilindri granulosi, a granuli caratteristicamente molto rifrangenti e di cellule renali che presentano analoghe granulazioni.

La presenza di questi cilindri, che si osserva anche quando le tracce di albumina sono minime, e sui quali l'attenzione di non tutti gli sperimentatori si è sufficientemente soffermata, perdura per parecchi giorni dopo l'iniezione, anche 15 o 20, tanto da rendere assai perplesso il medico sull'opportunità di fare una nuova iniezione, che, se si vuol attendere la completa scomparsa della cilindruria, finisce per essere ritardata di parecchi giorni oltre gli otto, che generalmente si consiglia far intercedere fra una iniezione e l'altra.

Sta di fatto però che dopo qualche settimana ogni fenomeno riguardante le urine, in genere scompare e la funzionalità renale, saggiata in alcuni casi, si è mostrata integra.

Le complicazioni a danno dell'apparato digerente sono meno gravi; accennammo già alle nausee che seguono immediatamente l'iniezione endovenosa del rimedio. Talora persiste per parecchi giorni una ostinata anoressia che certo è piuttosto inquietante in questo genere di ammalati, ed alla anoressia si accompagnano qualche volta vomiti, gastralgie e molto spesso turbe intestinali diarroiche che però non hanno lunga durata.

Più molesti invece sono i fenomeni che compaiono a carico della cute e delle mucose, che possono essere di varia intensità e tali anche da obbligare ad interrompere la cura.

Si hanno talvolta dei fugaci eritemi a tipo morbilliforme o scarlattiniforme sulle membra e sul tronco; altre volte si notano delle manifestazioni eczemiformi accompagnate da vivo prurito che si localizzano specialmente alle pieghe flessorie degli arti.

Sulla mucosa boccale si osservano pure spesso varie manifestazioni che vanno da un enantema localizzato specialmente alla volta palatina ed al faringe, alla comparsa di una stomatite aftosa, al palato ed ai margini della mucosa linguale con ragadi assai dolorose alle commessure labiali.

L'apparato respiratorio e specialmente i polmoni non sono neppure esenti da fenomeni reattivi di una certa importanza: Accennammo già alle così dette reazioni di focolaio; anzi come si è detto, per alcuni autori l'azione terapeutica della *sanocrysina* sarebbe secondaria a queste reazioni di focolai che essa spesso provoca.

In alcuni casi si nota effettivamente nel corso della cura sanocrysinica un aumento dei fatti umidi, congestioni perilesionali, e qualche volta, sia pur raramente, si è dovuto interrompere la cura per sopraggiunti fenomeni emottoici.

È qui importante notare che le reazioni di focolaio non sono sempre limitate, nè limitabili, anche con le piccole dosi, come invece avviene con la tubercolina. In un caso (oss. N. X), dopo qualche giorno dalla iniezione, io ho osservato lo svilupparsi di una vera e propria broncopolmonite essudativa con tendenza alla formazione di focolai ulcerosi nel lobo polmonare sede delle primitive lesioni.

Sta di fatto però che l'insieme di queste varie

manifestazioni, che spesso complicano il regolare andamento della cura, sembra parlare, almeno per alcuni fenomeni, per una intossicazione di origine metallica, piuttosto che per un avvelenamento tubercolinico dovuto ad una superdistruzione di bacilli, così come hanno supposto gli Scienziati danesi. Comunque qual si sia la causa di questi vari disturbi è ben certo che varrebbe la pena di affrontarli se i risultati della cura sanocrysinica fossero risolutivi così come ce lo avevano fatto sperare le prime comunicazioni:

« I bacilli diminuiscono progressivamente nel- « l'espettorato fino alla loro completa scomparsa, « la febbre e gli altri sintomi generali si attenuano « e cadono; il peso, dopo un lieve regresso nei « primi tempi della cura, aumenta progressiva- « mente. I fatti umidi polmonari vengono man « mano riducendosi e per così dire si disseccano; « le immagini radiografiche in serie dimostrano « un rischiaramento dei campi polmonari lesi..... ».

Se questi risultati chemioterapici fossero stati confermati dalla esperienza che se ne è venuta facendo ormai in tutto il mondo, ed anche da noi, dove fin dagli ultimi mesi dello scorso anno la *sanocrysina* ha cominciato ad essere sperimentata, non varrebbe la pena di discutere, ma purtroppo non può dirsi ancora che questa conferma ci sia stata, neppure parzialmente.

In Francia Sérgent, Bordet, Durand, Kourilisky, dopo un discreto numero di esperienze, hanno concluso che le sole forme che hanno sembrato beneficiarsi alquanto della *sanocrysina* sono state quelle che forniscono il solito contingente percentuale di guarigioni cliniche, mentre il valore terapeutico di una medicina antitubercolare non può ammettersi se essa non assicura la guarigione di quelle forme del morbo che son giudicate come non curabili, e che questa medicina non può dirsi sia la *sanocrysina;* e risultati del pari poco incoraggianti, hanno avuto Rist, Rolland, Couland, Hirscberg, Triboulet, che, dopo parecchie prove, hanno dovuto concludere che se l'aurotiosolfato di soda agisce favorevolmente sulla tubercolosi, ciò non avviene che in ben piccolo numero di casi, e che questa azione favorevole, quando essa si noti, non è nè così frequente, nè così rapida, nè così completa da poterla differenziare con sicurezza da quella del riposo che è giuocoforza associare alla cura medicamentosa.

Anzi essi soggiungono che uno dei risultati più utili di questa nuova chemioterapia sarà quello di riaffermare e ricordar bene a tutti, medici e pazienti, il fatto, troppo spesso dimenticato, della efficacia del *solo riposo* come fattore di miglioramento e di guarigione nella tubercolosi.

Ed il Besançon a sua volta confessa di non aver ottenuto alcun risultato nelle forme di tubercolosi broncopneumonica acuta, nè nella maggior parte delle forme di tisi comune da lui trattate (in due soli casi avrebbe notato qualche miglioramento nei segni ascoltatori e nelle prove radiologiche) e conclude che il metodo attuale di terapia sanocrysinica deve essere abbandonato.

In Germania Klemperer e Kraus sono addivenuti a conclusioni del pari poco favorevoli: piccole percentuali di miglioramenti; in qualche caso notevole peggioramento malgrado le precauzioni usate.

Anche il Neufeld, come già il Calmette in Francia, nella tubercolosi sperimentale non ha ottenuto gli stessi risultati che il Molgaard aveva annunziato.

In Inghilterra i primi studi dell'Elliot, del Cummins, del Frasers, dell'Harris furono invece abbastanza favorevoli alla *sanocrysina*, mentre decisamente contrario ad essa si è dimostrato il Wrigth che le nega qualsiasi azione battericida sul bacillo di Koch.

In Spagna il Sayé, che è uno degli autori più favorevoli alla *sanocrysina*, conclude che l'indicazione speciale del rimedio trovasi nei processi essudativi recenti, negli stadii iniziali della malattia in tutte le sue forme.

In quegli stadii, aggiungiamo noi, che guariscono in genere con qualsiasi cura, e talora anche malgrado certe cure!.....

Ma del resto in Spagna non mancano osservatori recisamente contrari alla cura sanocrysinica come il Valdes Lambea, il Partearrovo, ecc.

La *sanocrysina* in Italia è stata pure adoperata ed ormai l'uso ne comincia ad essere abbastanza diffuso.

A Roma, per iniziativa del prof. Ascoli, si è fatta una prima serie di esperienze presso la Clinica Medica. Il prof. Trenti, cui era stato affidato tale studio, potè così comunicare alla Reale Accademia Medica di Roma il resoconto del trattamento di 10 casi di tubercolosi di varia forma concludendo in senso negativo per la specificità del rimedio, che non vale affatto a modificare l'andamento nelle forme gravi, pur ammettendo che in un certo numero di casi relativi a forme non gravi, poco estese e recenti, l'applicazione della cura coincida con un miglioramento clinico e radiografico della lesione polmonare.

A Torino il dott. Zorn dell'Ospedale Sanatorio di S. Luigi avrebbe invece ottenuto risultati tali da far riconoscere nella *sanocrysina* un rimedio capace di influenzare in un senso favorevolissimo l'andamento della malattia.

A Milano, mentre il Cova, che esperimentò nell'Ospedale di Garbagnate avrebbe ottenuti buoni risultati niente di meno che nelle forme acute per diffusione miliare del processo, ed il Trevisan che dichiara di aver constatato sensibilissimi vantaggi in casi di tisi fibro-caseosa, il Ronchetti dell'Ospe-

dale Maggiore conclude un suo serio ed elaborato studio su sette casi di tubercolosi di varia forma, curati con la *sanocrysina*, negando ad essa alcun valore nel senso di farmaco atto a dare la *sterilisatio magna* dell'organismo infetto da tubercolosi, e neppure come attenuante della virulenza dell'infezione, quando questa è alta, e mettendo in guardia contro gli accidenti di intolleranza del rimedio, specialmente quelli riguardanti i reni che possono evolvere subdolamente ed esser perciò pericolosi.

Avendo ottenuto pel tramite della Presidenza della Federazione Nazionale Italiana per la lotta contro la tubercolosi un certo quantitativo di aurotiosolfato di sodio, inviato cortesemente dal prof. Molgaardt, ho creduto di istituire nel Sanatorio della C. R. I. « Cesare Battisti » una metodica applicazione del metodo di cura sanocrysinica.

Fino ad ora i casi trattati sono stati quattordici; ma solo di undici di questi posso offrire dati abbastanza completi essendosi dovuto negli altri tre casi interrompere la cura precocemente per varie contingenze.

Il metodo usato è stato quello preconizzato in secondo tempo dal più degli osservatori: Iniezioni endovenose del sale disciolto estemporaneamente in 10 cmc. di acqua distillata e sterilizzata, in maniera che la concentrazione non superasse la dose del 5 %.

In un caso, trattandosi di un bambino nel quale la via endovenosa mal si prestava, furono usate le iniezioni inframasulari, diluendo però il sale nella proporzione del 3 % e, salvo una lieve dolenzia nella regione sede delle iniezioni, non si è rilevato alcun serio inconveniente da tale pratica.

Le prime iniezioni in genere si sono fatte di 0,10 centgr.; in seguito, a distanza progressivamente crescente di quattro, di otto, di dieci e più giorni si è venuta aumentando la dose di 0,10-0,15 centgr. per volta, fino a raggiungere dei massimi dosaggi di gr. 0,90, gr. 1, ed in un caso gr. 1,05, iniettando quindi una quantità complessiva media di 7-8 gr. di *sanocrysina*.

Ogni infermo è stato, prima di iniziare la cura, sottoposto ad un periodo più o meno lungo di osservazione, e se ne sono eseguite prima e durante la cura radiografie in serie. Non è il caso però di fondarsi troppo su questi reperti radiografici. Si sa quanto delicata ne sia la tecnica e quanto difficile e personale l'interpretazione.

L'osservazione clinica resta ancora in medicina il dato più sicuro, tanto più in quanto essa permane, specchio fedele, nel quotidiano esame dei pazienti, ai quali, nel desiderio di giovare, abbiamo voluto porgere il presunto aiuto di questo nuovo rimedio.

(Continua).

NOTE E CONTRIBUTI.

ISTITUTO DI CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UN. DI SIENA
diretto dal prof. GIUSEPPE BOLOGNESI.

La riduzione in massa dell'ernia strozzata.

Dott. RODOLFO REDI, assistente.

Una categoria abbastanza numerosa di accidenti del taxis è data dalle riduzioni apparenti di un viscere erniato. Queste riduzioni apparenti sono state divise da alcuni autori in diversa maniera: Jaboulay (Le Dentu et Delbet; Paris, Baillière) considera cinque tipi di riduzione apparente, Bergmann et Bruns (*Tratt. di Chir.*, Soc. Ed. Lib., Milano 1909) ne considerano pure cinque, presso a poco con le medesime caratteristiche; a noi sembra che i casi tipici di riduzione apparente possano in sostanza raggrupparsi in tre tipi fondamentali:

a) riduzione in massa;

b) riduzione parziale;

c) riduzione con l'anello strozzante (staccatosi dal sacco).

Sebbene di queste tre varietà la riduzione in massa non sia la più rara, tuttavia essa rappresenta sempre un fatto non comune e degno certamente di nota e di studio, sia per il meccanismo di produzione, sia per la sintomatologia, prognosi e cure relative; Corner e Howitt (*Annals of Surgery*, 1908) sopra un materiale di 1618 ernie strozzate hanno potuto stabilire che la riduzione in massa ha una frequenza del 0,30 % e più precisamente ne osservarono un caso ogni 331. Come si vede dunque tale varietà è abbastanza rara, e ricordo persino di aver udito più di un chirurgo non ammetterne nemmeno l'esistenza!

In generale l'uso di praticare il taxis è andato sempre diminuendo; se noi pensiamo per un momento a quello che scriveva a questo proposito il Boyer (*Tratt. d. mal. Chir.*, Sansone Coen, Firenze 1884), vedremo quanto abbia progredito in questo campo la chirurgia; il Boyer, parlando delle riduzioni in massa scrive: « ... si dovrebbe, come prescrive Ledran, fare una incisione nel luogo ove era il tumore, tagliare largamente l'anello o il legamento di Falloppio, per ritirar fuori poi con due dita o con una pinzetta il sacco erniario, aprirlo, ingrandire la sua apertura e ridurre l'intestino? L'esperienza non ha nulla insegnato intorno a ciò, ed io credo che non si potrebbe praticare una simile operazione senza allontanarsi dalle regole della prudenza le quali debbono presiedere sempre ai nostri tentativi ».

Oggi naturalmente l'uso del taxis è molto diminuito e non si ammettono dubbi sulla opportu

nità di operare un'ernia ridotta in massa. Quasi tutti i trattati consigliano di astenersi il più possibile dal taxis giudicandolo pericoloso e spesse volte inutile. Nondimeno alcuni di essi (Bergmann e Bruns) appaiono un po' troppo larghi nell'ammetterlo in quanto il Bergmann, per esempio, lo giustifica negli strozzamenti che « ... appaiono poco pericolosi, quando l'anello erniario è molto ampio, e infine quando l'operazione porterebbe con sè gravi pericoli... » (stato gen. del paziente, età, difficoltà intrinseche, ecc.). A parte la difficoltà di giudicare uno strozzamento *poco pericoloso*, e di considerare *facile* un taxis solo perchè l'anello strozzante è ampio, e ammettendo per giusto il taxis nei vecchi, tarati, bambini, ecc., lo stesso autore prescrive una serie di mezzi o sussidi che debbono venir praticati prima di eseguire il taxis, essi consistono in: *a*) svuotamento della vescica urinaria; *b*) svuotamento dell'intestino crasso; *c*) svuotamento dello stomaco; *d*) posizione conveniente (torace in basso); *e*) narcosi profonda (al cloroformio); *f*) bagno caldo. L'A. consiglia anche il chirurgo ad accingersi al taxi con le mani sterili e col campo operativo preparato onde procedere subito all'atto operativo qualora la manovra non riuscisse.

Ma — diciamo noi — conviene sottoporre un paziente (che secondo l'A. dovrebbe essere spesso un tarato o un debole) a tutta quella serie di manovre o almeno a parte di esse, alcune delle quali veramente debilitanti, alla narcosi profonda, per esempio, per poi esporlo all'evenienza di una non riduzione o di una recidiva dello strozzamento a breve scadenza? Non è forse in fin dei conti molto meno pericoloso l'atto operativo?

Nella nostra Clinica, in questi ultimi anni, abbiamo avuto occasione di operare un forte numero di ernie strozzate, la maggior parte delle quali in soggetti molto anziani (54 sopra i 70 anni) usando la narcosi generale all'etere e non abbiamo avuto nessun insuccesso diretto operatorio. Invece la lista degli accidenti del taxis è enorme e Kristinus (*Wiener med. Presse*, n. 3-4, 1903) scrive di aver operato nel breve spazio di tre mesi ben 4 casi di occlusione intestinale da riduzione in massa di ernie, Milkö (*Budapesti Orvosi Ujság*, n. 51, 1904) descrive un caso di riduzione con l'anello strozzante ed un caso di riduzione in massa, altri casi ne descrivono Corner e Howitt (ved. loc. cit.) i quali stabiliscono che la mortalità per le ernie inguinali ridotte in massa è del 48 % e per le crurali del 72 %; altri ancora: Rowlands (*Gays. Hôspit. Méd. Presse*. 1909), Harduin (*La Presse méd.*, 1909), Guibé (*Bull. Soc. Anat.*, n. 5, 1910), descrivono quattro casi di incidenti di taxis (riduzione in massa, gangrena, strappamento del mesentere, ecc.) e similmente riportano casi Federici (Sangiovannese: Pasquale Rocco, Napoli, 1911), Garin (*Rev. Méd. de la Suisse Romande*, 12, 1910), Marchetti (*La Riforma Medica*, 1910), Parcelier (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 5, 1912), Peatt (*Brit. med. Journ.*, 14, 1913), Schmidt (*Deutch. med. Wochen.*, n. 24, 1922), Hilgenreiner (*Münch. med. Wochen.*, n. 22, 1922), ecc., per citare soltanto i più comuni ed i più facilmente accessibili.

A che dunque continuare questa pratica illogica ed irresolutiva quale è il taxis? Perchè esporre l'ernioso in stato di strozzamento ad altri pericoli oltre quello di cui soffre? Oggi non vale più nemmeno la vecchia ragione del paese isolato, privo di comunicazioni, ad ore ed ore di distanza da un Ospedale, perchè ormai le strade e gli automezzi abbondano ovunque e credo siano pochissimi i paesi che distino più di 4-5 ore dal più vicino Ospedale. Perciò noi dobbiamo ridurre l'indicazione del taxis a pochissimi casi, vale a dire a quei casi ove sia presente una grave controindicazione (vizio di cuore scompensato, diabete in forma grave, enfisema polmonare) oppure sia presente un'altra grave malattia per cui (e saranno casi rarissimi) lo strozzamento passi in seconda linea. I vizi di cuore in genere, i vecchi, i deboli, i tarati sopportano bene la narcosi o almeno l'ebrezza eterea, spesso assai meglio che lunghe e complicate manovre di taxis.

Il caso da noi osservato riguarda:

Tommaso M..., di anni 56, da Asciano, bracciante; n. del registro clinico 91.

Il p. da circa 14 anni porta una voluminosa ernia inguinale destra, ernia che il p. ha sempre ridotto da sè, tutte le volte che essa gli recava disturbo o quando gli sembrava troppo indurita. Cinque anni or sono tale ernia si strozzava e veniva prontamente ridotta da un sanitario: da tale epoca il p. faceva uso di un cinto che rispondeva assai bene allo scopo. Improvvisamente il giorno 25 gennaio 1926, il p. avvertì come un nuovo indurimento dell'ernia, e, quasi subito, cominciarono il vomito ed i dolori diffusi a tutta la regione inguinale; più tardi apparve anche il singhiozzo. Il p. nega risolutamente che a questo punto siano intervenuti medici a compiere manovre di riduzione, e nega anche di avere tentato da sè la riduzione dell'ernia. Trasportato d'urgenza alla nostra Clinica il p. vi giunge dopo circa 24 ore dai primi disturbi; polso piccolo e bradicardico, temp. 37°, vomito, singhiozzo, facies leggermente addominale.

Esaminando l'addome si nota subito una tensione abnorme del contenuto, le anse intestinali appaiono distese e fortemente meteoriche; esaminando le due regioni inguinali e crurali non si riscontra alcunchè di anormale, se si eccettua una lieve resistenza in forma rotondeggiante in direzione dell'anello inguinale interno di destra. In base a ciò si emette diagnosi di ernia inguinale strozzata ridotta in massa e si procede senz'altro

all'atto operativo in narcosi generale eterea (operatore prof. Bolognesi).

Si pratica un'incisione obliqua a circa due dita trasverse, parallelamente all'arcata di Poupart, si apre il canale inguinale e si arriva tosto in corrispondenza dell'anello inguinale interno. Quivi si nota una protuberanza lievissima di colore rosso-bruno che sporge appena dall'anello stesso, ampliandone così l'apertura; si mette così allo scoperto una tumefazione della grossezza di un uovo di piccione, tumefazione che posa col polo superiore sull'anello inguinale interno e col polo posteriore nel grasso properitoneale, in direzione della vescica urinaria; il tutto risulta ricoperto dalla fascia trasversalis. Portata fuori dal ricettacolo dove si trovava incastrata, la tumefazione risulta essere nient'altro che un sacco erniario, a contenuto intestinale strozzato, con un forte cingolo strozzante situato nella parte superiore. Si apre il sacco, si recide l'anello aprendo notevolmente il peritoneo, ed esaminato l'intestino che appare in discrête condizioni di nutrizione, si riduce, quindi si sutura il peritoneo stesso, ricostruendo quindi la parete a strati (ernio-laparotomia): guarigione per primam.

Il caso che ho creduto opportuno presentare oltre ad essere assai importante di per se stesso, è importante, a parer mio, per una particolarità chè presenta: vale a dire perchè il p. nega recisamente di essersi ridotta da sè la tumefazione erniaria e smentisce in maniera assoluta che altri abbiano comunque eseguite manovre di taxis.

Accertato che si trattava di un vecchio ernioso che da lunghissimo tempo aveva presa l'abitudine di ridursi la tumefazione erniaria nell'addome quando questa gli dava fastidio o accennava a indurirsi troppo, e notato il fatto della mancanza di soluzioni di continuo e di aderenze distaccate di recente sulla parete esterna del sacco erniario e nello spessore del cremastere; per di più, considerando che tale ernia già altra volta erasi strozzata ed era stata ridotta col taxis (manovra per cui è logico ammettere una certa mobilizzazione del sacco nel canale inguinale), mi sembra che si possa dedurre benissimo che il sacco, a causa delle continue manovre di riduzione praticate dal p. medesimo, sia divenuto libero nel canale inguinale e sia stato quindi suscettibile di movimenti ampi, anche indipendentemente da manovre di trazione o di compressione esterna.

Il lavoro dell'Haim (*Arch. f. Klin. Chir.*, Bd. 113, H. 4, 1920) conclude che oltre alle riduzioni apparenti delle ernie strozzate, per manovre esterne, vi sono casi dati unicamente da forze interne (peristalsi delle anse incarcerate, trazione del mesentere), il che produce in sostanza gli stessi effetti della riduzione apparente, cioè lo spostamento di tutto il sacco erniario nello spazio properitoneale. Inoltre egli dice: «... l'ernia properitoneale non rappresenta una specie a sè, ma analogamente alla stasi fecale nell'intestino erniato, alla infiammazione erniaria ed allo strozzamento erniario, rappresenta un « incidente » erniario che subentra nello strozzamento di un'ernia inguinale preesistente, o per manifestazioni esterne (riduzione apparente) o anche spontaneamente per l'azione di forze interne (peristaltica e trazione del mesenterio). Il quadro patologico è simile a quello di una riduzione apparente con la differenza che non hanno preceduto manipolazioni esterne, e precisamente insorgenza di fatti occlusivi, in un'ernia inguinale (o crurale) preesistente da lunga data, mentre contemporaneamente e poco prima la tumefazione erniaria esteriore è scomparsa. Il quadro patologico è così tipico che la diagnosi può essere fatta prima ».

È quindi probabilissimo che il fenomeno di Haim si sia ripetuto in questo paziente; che cioè i movimenti peristaltici, esagerati in un primo tempo di lieve strozzamento e quelli di trazione del mesentere, movimenti che, secondo l'A., sarebbero presenti nello strozzamento, abbiano fatto sì che l'ansa intestinale è stata richiamata verso la cavità addominale: il cingolo strozzante non ne ha permessa la riduzione, e così contenente e contenuto si sono trovati imprigionati fra il peritoneo e la fascia trasversalis, precisamente nel grasso properitoneale, ove infatti sono stati ritrovati dal chirurgo.

Lo scopo mio è stato semplicemente di segnalare questo caso di falsa e spontanea riduzione di ernia inguinale strozzata, caso che segna una giusta conferma alla teoria di Haim; dal lato pratico gioverà ricordare il non doversi praticare il taxis, se non in quei casi ove l'indicazione sia assoluta; per la cura, sia per riduzioni false col taxis, sia per false riduzioni spontanee, non vedo di meglio che l'ernio-laparotomia con taglio obliquo e la conseguente ricostruzione a strati col metodo del Bassini.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

OSPEDALE GRANDE DEGLI INFERMI DI VITERBO.
Sezione chirurgica diretta dal dott. UGO ROSI.

Su un caso di occlusione intestinale da ascaridi.

per il dott. ANTONIO BACHECA, assistente

Rolando B. di anni 11, di Marta, studente.
Genitori e fratelli viventi e sani.
Soffrì i comuni esantemi dell'infanzia e non ricorda altre malattie degne di nota. Il giorno 7 luglio 1926 alle ore 18 casualmente si punse con un grosso ago da materassaio, che penetrò profondamente nei tessuti del quadrante inferiore destro dell'addome. Il giorno 8 luglio 1926 alle ore 8 il paziente incominciò a lamentare intensi dolori a tutto l'addome, ma specialmente in corrispondenza della fossa iliaca destra; si aggiunse quindi senso di malessere, nausea, vomito ostinato, meteorismo, alvo chiuso. Non febbre. Fu trasportato d'urgenza all'Ospedale l'8 luglio 1926.

Esame obiettivo. Condizioni generali discrete; sensorio integro; decubito supino. Conformazione e sviluppo del sistema scheletrico regolari; masse muscolari mediocri; pannicolo adiposo discretamente sviluppato. Cute e mucose visibili di colorito pallido. Non edemi. Non ghiandole ingorgate. Pupille bene reagenti. Dentatura regolare e sana. Lingua patinosa, arida. Riflessi normali. Nulla di notevole agli apparati respiratorio e cardiovascolare.

Addome di conformazione regolare, assai dolente alla palpazione, specie in corrispondenza della fossa iliaca destra. Ad una palpazione profonda il paziente reagisce con difesa muscolare di tutto l'addome e si avverte una tumefazione di grandezza e limiti non bene precisabili situata nella fossa iliaca destra, sopra alla piega inguinale. Con la percussione si apprezza in tale regione una zona di riduzione di suono non a limiti netti.

Esame dell'urina: assenza di albumina e di zucchero.

Il giorno 8 luglio 1926 in narcosi etereo-cloroformica si pratica un'incisione pararettale destra e si segue il tragitto della ferita da punta per una minuta esplorazione). Appena inciso il piano sottocutaneo, e precisamente dove finisce il tramite della ferita anzidetta, si trova un lieve stravaso sanguigno con qualche coagulo. La ferita fu ritenuta di lieve entità e certamente non in rapporto di causalità con la imponente sintomatologia rilevatasi; si credette quindi opportuno aprire la cavità peritoneale. Immediatamente si presenta all'osservazione un tratto dell'ileo, lungo circa 20 cm., riempito e disteso da grovigli di ascaridi ed ancora, al disopra e al disotto di tale tratto, pochi ascaridi isolati, visibili attraverso la parete intestinale. Si pratica nella parete dell'intestino ostruito un'incisione trasversale, lunga circa 1 cm. e con un klemmer si estraggono 33 ascaridi di una lunghezza media di 25 cm. Si procede quindi alla enterorrafia ed alla sutura delle pareti addominali. Dopo 5 giorni fu somministrata la santonina ed in varie scariche il paziente emise ancora 7 ascaridi. Uscì guarito dall'Ospedale il 30 luglio 1926.

Il presente caso è stato per noi di un certo interesse, sia per la rarità del reperto al tavolo operatorio, sia per la sorpresa diagnostica, mentre l'attenzione nostra era rivolta alla precedente ferita da punta o ad un processo appendicolare o d'occlusione intestinale, senza però tener presente l'ascaridiasi e le sue conseguenze. L'anamnesi personale, remota e prossima, era muta in rapporto all'elmintiasi ed il complesso sintomatico era così vago, che non era possibile formulare una precisa diagnosi prima dell'atto operativo, specialmente se si tiene conto che osservazioni di occlusione intestinale di ascaridi sono assai rare nella pratica chirurgia. Il presente caso ci ha anche stimolato a ricercare nella bibliografia osservazioni simili, onde formarci un concetto sulla ascaridiasi in chirurgia.

E per accennare alle ascaridiasi chirurgiche meno rare, ricorderemo dapprima i casi, in cui l'ascaride, penetrato dal ceco nel lume dell'appendice vermiforme, determina un vero e proprio attacco appendicolare, come nelle osservazioni di Brun, Lannelongue, Le Roi des Barres, Poncel, Henry, Zambelli, Raffaelli. In tali contingenze la linea di condotta è oltremodo semplice: si seziona cioè alla base l'appendice e con essa anche il verme contenuto. Giardina, della scuola di Giordano, afferma che nel decorso dell'ascaridiasi sono annidate nel lume dell'appendice numerose uova di ascaridi, i quali andranno poi ad invadere l'intestino, per cui ritiene consigliabile, negli interventi per occlusione intestinale da ascaridi, terminare con la cura radicale dell'elmintiasi, asportando cioè l'appendice.

L'ascaride può inoltre dall'intestino incunearsi lungo il coledoco o il dotto di Wirsung e risalire fino al fegato o al pancreas oppure arrestarsi lungo il tragitto e determinare un'ostruzione del dotto escretore. Così Sabrazés, Pardelier e Bonnin riferiscono di un caso, in cui un ascaride bloccò il dotto di Wirsung ed il paziente morì per un « disordine nello stato anatomico e funzionale del pancreas »; detti autori hanno anche raccolto nella letteratura un'altra ventina di casi con ascaridi risaliti nel pancreas.

L'ascaride, mediante le 3 labbra, munite di robusti muscoli motori e rivestite internamente di robusta chitina e, in alcune specie, anche con margini fortemente denticolari (Alessandrini), può pure esercitare in un punto della mucosa intestinale un'azione abradente più o meno intensa sino a giungere, con un processo più o meno rapido, alla perforazione. A seconda della rapidità del processo, si avrà una diversa evo-

luzione della malattia. Così se l'abrasione sarà intensa, continua e rapidissima, la perforazione avverrà senz'altro nella cavità peritoneale, come nella osservazione di Gilberti e, se non si ricorrerà ad un pronto intervento chirurgico, seguirà certamente una peritonite acuta generalizzata. Altre volte invece l'azione delle labbra dell'asca ride si svolge più lentamente ed il peritoneo ha il tempo sufficiente per formare delle aderenze e circondare il punto, dove si va formando la perforazione, determinandosi così una peritonite circoscritta o *ascesso verminoso* (Brun). Tale ascesso si aprirà e si fistolizzerà, o all'esterno e cioè nella regione ombellicale, come nei bambini (osservazioni di Bellantoni, Gilberti), oppure, come avviene più facilmente negli adulti, si aprirà nella regione perianale o nella regione inguinale (osservazione di Stewart) o nella regione crurale (osservazione di Palma) o nelle pareti addominali (osservazione di Cannelli).

Più frequentemente il chirurgo viene ad imbattersi con gli ascaridi in casi di occlusione intestinale. Se si considerano le dimensioni di tali nematodi e cioè sino a 25-30 cm. di lunghezza con 10-15 mm. di diametro, la proprietà di aggomitolarsi tra di loro ed il frequente grande numero nel lume intestinale, ben si comprende come possano questi ostruire un segmento del tubo digerente, per lo più l'ileo, e rendano urgente l'intervento operativo. Di solito in seguito all'imponente quadro sintomatologico, specialmente negli adulti, si diagnostica l'ostruzione intestinale, senza poterne precisare la causa. Individuare per tempo l'ascaridiasi significherebbe prevenire delle complicanze e risparmiare talvolta gravi interventi chirurgici, ma spesso la malattia decorre inosservata e si giunge così al tavolo operatorio. Varie osservazioni si registrano di ostruzioni, in cui il chirurgo ebbe la sorpresa di rinvenire nel lume intestinale un groviglio enorme di ascaridi, che fu necessario subito allontanare per riattivare la funzionalità del tubo digerente.

Kotzareff riferisce di un caso di occlusione intestinale dovuta ad un groviglio di 15 ascaridi, che estrasse mediante l'enterotomia. Aperlo in un bambino con fenomeni occlusivi, in cui con la palpazione profonda si apprezzava nell'addome un tumore duro di forma cilindrica, con al disopra le anse intestinali in contrazione, rinvenne vicino alla valvola ileo-cecale un gomitolo di ascaridi, che furono estratti mediante l'enterotomia. Strater in un caso con alvo chiuso e simulante un'invaginazione intestinale trovò 50 cm. di ansa intestinale piena di ascaridi; fece la resezione e terminò quindi con una enteroanastomosi latero-laterale. In tale segmento d'intestino resecato erano contenuti un centinaio di ascaridi. Giardina riporta un caso operato da Giordano, in cui il colon trasverso era ripieno di ascaridi, che nell'intervento operativo, con la compressione manuale furono spinti verso il colon discendente; il paziente fu subito quindi trattato con santonina e nello spazio di 3 giorni emise 180 vermi. Zambelli descrive 2 casi di occlusione intestinale da ascaridi operati da Pieri; in uno furono tolti 120 vermi, nell'altro 70: in ambedue i casi si ricorse all'enterotomia. Gierson riporta ancora 6 casi di ostruzione intestinale da ascaridi osservati nell'ospedale di Riga. Altri casi furono osservati da Fayon, Schackner, Mygind, Perassi, Del Lago, Cartolari, Step. Si registra anche qualche osservazione di ascaridi contenuti dentro un'ansa intestinale erniata e che furono la causa dello strozzamento erniario, come nel caso di ernia inguinale illustrato da Chatelin e nel caso di ernia crurale di De Gironcoli, il quale rinvenne 3 ascaridi dentro l'ansa erniata, che fu poi resecata.

Il numero grande di ascaridi, che risultano estratti in alcune delle suaccennate osservazioni non può destare meraviglia, se si tiene conto che essi si moltiplicano in breve tempo, soltanto in parte possono fuoriuscire con le feci senza la terapia specifica, ed inoltre talvolta può aversi un'infestione massiva per una massiva ingestione di uova del parassita. E qui a proposito di ascaridiasi massive, ricorderemo il caso, che riporta Henoch, di un bambino, che, dopo aver preso un antielmintico, emise tanti ascaridi, da riempire parecchi vasi da notte ed il caso di Fauconneau-Dufresne di un fanciullo di 12 anni, che emise 5126 ascaridi e non tutti furono contati.

L'ostruzione intestinale da ascaridi è da considerare dunque sempre una rarità chirurgica, ma va sempre tenuta presente nelle occlusioni intestinali, specie dei bambini. È dovuta di solito al grande numero di ascaridi, ma può aversi anche per un piccolo gomitolo di questi ed in tale evenienza entra in causa, per determinare l'occlusione, pure uno spasmo delle pareti intestinali.

Riguardo alla terapia Margarucci ha proposto 4 linee di condotta: 1) schiacciamento del nodo verminoso, cacciando in basso i parassiti senza aprire l'intestino; 2) enterotomia, estrazione dei vermi ed enterorrafia; 3) enterotomia, estrazione dei vermi ed enterostomia; 4) resezione del segmento intestinale contenente i vermi. Il 2° procedimento ci sembra il più razionale ed è quello che ha dato ottimi risultati a vari autori e che fu anche usato nel nostro caso.

BIBLIOGRAFIA.

ALESSANDRINI. *Parassitologia.* Tipografia-Litografia Consorti, 1924.
APERLO. Il Policlinico, Sez. Pratica, 14 settembre 1919, n. 37.
BELLANTONI. Ibid., 1919, fasc. 12.
BRUN. Ibid., fasc. 41, n. 1481.
CANNELLI. Giornale di Medicina Militare, 31 dicembre 1917.
CARTOLARI. Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche, 1913, n. 73.
CHATELIN. La Clinique Enfant., 10 ottobre 1910, p. 616.
DEL LAGO. La Riforma Medica, 1908, p. 61.
DE GIRONCOLI. Ibid., 1922, p. 102.
FACONNEAU-DUFRESNE, in EICHHORST. *Patologia e Terapia Speciale Medica*, vol. II.
FAYON. *Obstruction intestinale due aux Ascar. lombric.* Thèse de Paris, 1901.
GIARDINA. Il Policlinico, Sez. Pratica, 1926, p. 861.
GILBERTI. Ibid., 1920, fasc. 51, p. 1485.
GINGERSOHN. Deutsche Zeitschrift fur Chirurgie, 5 giugno 1922, vol. 169.
HENOCH, in EICHHORST. *Patologia e Terapia Speciale Medica*, vol. II.
HENRY. La Presse Médicale, 1912, p. 319.
KOTZAREFF. Revue Médicale de la Suisse Romande, marzo 1919, tom. XXXIX, n. 3.
LANNELONGUE. Acad. de Méd., 30 giugno 1902.
LE ROI des BARRES. Gaz. des Hôp., 27 ottobre 1903, p. 1223.
MYGIND. *Ileus verminosus, enterotomia, mors.* Ugeskrift for Laeger, 1909.
PALMA. Rivista Ospedaliera, 1922, p. 109.
PERASSI. Giornale di Medicina Militare, 1902.
PONCEL. Marseille Méd., 1904, p. 150.
RAFFAELLI. Il Policlinico, Sez. Pratica, 1919, fascicolo 12.
SABRAZÉS, PARDELIER e BONNIN. *Annales d'anatomie pathologique médico-chirurgicale.* Settemb. 1925, tom. 2, n. 5.
SCHACKNER. *Intestinal obstruction.* Arch. of Pediatrics, giugno 1903.
STEP, in EICHHORST. *Patologia e Terapia Speciale Medica*, vol. II.
STRATER. Zentralblatt für Chirurgie, 20 agosto 1921, Tom. XLVIII, n. 33.
ZAMBELLI. Il Policlinico, Sez. Pratica, 1926, p. 863.

SUNTI E RASSEGNE.

PATOLOGIA GENERALE.

La patogenesi dell'attacco apoplettico.

(K. WESTPHAL. *Deutsches Archiv für Klinische Medizin*, aprile 1926).

Westphal ha pubblicato tre articoli che espongono le ricerche anatomo-patologiche e cliniche a sostegno delle sue vedute sulla patogenesi dell'attacco apoplettico.

Il primo lavoro, eseguito in collaborazione con Bär, riguarda le ricerche anatomo-patologiche, le quali non autorizzano a far ritenere che l'ipertensione arteriosa sia sufficiente da sola a determinare la rottura d'un'arteria cerebrale.

Lambert ha già dimostrato sul cadavere che per provocare lo squarcio d'un'arteria cerebrale è necessaria la pressione di almeno due atmosfere, ossia 152 Hg; che l'attacco apoplettico si produce solo nel 20 per cento dei casi d'ipertensione, e 2 volte su 30 soggetti che non presentavano affatto ipertensione arteriosa.

Questi dati fanno pensare che la rottura d'una arteria cerebrale non si può verificare senza la preesistenza di lesioni vascolari.

Westphal e Bär hanno fatto ricerche intese a dimostrare l'esistenza e la natura di queste lesioni vascolari in una serie di sedici autopsie. Nei focolai di rammollimento cerebrale e nelle vicinanze si trovano speciali lesioni di necrosi, che colpiscono le arterie e le arteriole, le vene ed i capillari, e che s'iniziano dalla tunica media, muscolare. Questa dapprima si tumefa, i nuclei si rarificano e poi scompaiono; si ha una degenerazione intensa con formazione di vacuoli. La necrosi si avanza in seguito nell'intima e nell'avventizia; la parete vascolare appare allora tumefatta e degenerata, le lamine elastiche appaiono dislocate e spezzettate. In queste condizioni si ha un'infiltrazione di sangue attraverso le pareti del vaso, che può raggiungere le proporzioni di un vero spandimento ematico tra la parete del vaso e la guaina distaccata e respinta eccentricamente. Si hanno così dei veri aneurismi dissecanti, che non sempre si riesce a trovare, ma che sono sempre all'origine dell'emorragie cerebrali.

Queste lesioni necrotiche paravascolari, che hanno un punto di partenza mesovascolare sono ben distinte dall'arteriosclerosi, con la quale possono associarsi, ma non hanno con essa alcun rapporto.

Le lesioni stesse sono la causa dei rammollimenti bianchi e rossi o dei grandi focolai emorragici. È perciò che intorno a questi focolai si

trovano spesso piccole emorragie disseminate, a livello delle quali le su descritte lesioni si riscontrano con particolare nettezza.

Tuttavia non sempre riesce possibile mettere in evidenza le lesioni stesse attorno ad ogni focolaio emorragico, forse perchè i nostri mezzi d'indagine non sono tali da poter sorprendere le forme iniziali. È certo però che esse non si trovano mai nei territori cerebrali sani.

Westphal e Bär ritengono che la rottura emorragica sia in dipendenza unicamente delle lesioni in discussione. Uno spasmo arterioso intenso e di lunga durata, come se ne hanno negli ipertesi, può compromettere fortemente l'irrigazione del territorio corrispondente, se si verifica su di un'arteria le cui pareti siano tumefatte. Se si determina l'occlusione completa dell'arteria si ha il rammollimento volgare. Se invece lo spasmo cessa improvvisamente, il brusco afflusso di sangue nel territorio artero-capillare la cui nutrizione è gravemente compromessa, basta a provocare la diffusione del sangue attraverso le pareti vascolari ed anche la rottura completa.

Westphal, nel secondo articolo, espone le osservazioni cliniche che confermano l'influenza dello spasmo vascolare nella patogenesi del processo emorragico intracerebrale. Queste emorragie si producono quasi sempre in individui che vanno soggetti a crisi d'ipertensione, senza che lesioni arteriosclerotiche o renali sembrino avere alcuna influenza al riguardo.

Queste crisi d'ipertensione sono verisimilmente legate a spasmi vascolari generali. Ma come in tali malati si possono avere spasmi arteriosi variamente localizzati (angina pectoris, sindrome di Raynaud, claudicazione intermittente, amaurosi improvvisa e transitoria), così si possono verificare spasmi localizzati cerebrali che provocano sindromi apoplettiformi transitorie (emiplegie, monoplegie, afasie). Westphal ne riporta cinque casi.

Talora questi ictus angiospastici si ripetono fino alla morte.

All'autopsia non si constatano nè emorragie, nè rammollimento, ed in un caso Westphal ha trovato lesioni di necrosi vascolare a punto di partenza mesarterioso, del tutto simili a quelle che si trovano nei focolai emorragici o nelle immediate vicinanze.

I piccoli disturbi dell'ipertensione arteriosa (vertigini, cefalea, stordimenti, disordini mentali transitori, ronzii agli orecchi, disturbi oculari, crisi di coma transitorie) hanno la medesima patogenesi. Tutti questi disturbi si riscontrano nella storia dei malati colpiti da apoplessia cerebrale. E l'attacco stesso non è così improvviso, come generalmente si ritiene, ma generalmente è preceduto da sintomi premonitori, che sono l'espressione dello spasmo di arterie cerebrali. D'altra parte negli ipertesi si può frequentemente rilevare all'oftalmoscopio lo spasmo delle arterie retiniche ed alla capillaroscopia lo spasmo di alcune anse capillari che contrasta con la dilatazione dei capillari vicini.

L'origine diretta degli spasmi arteriosi cerebrali non si può attribuire all'adrenalinemia, perchè le arterie cerebrali, come quelle coronarie, reagiscono all'adrenalina in modo paradossale, ossia con la dilatazione. Ma non è dubbio che alla dilatazione può seguire la costrizione secondaria, e le variazioni frequenti ed ampie del regime circolatorio favoriscono l'emorragia cerebrale.

L'ipercolesterinemia può avere un'influenza non meno importante nel sensibilizzare le arterie cerebrali alle reazioni spastiche: essa si trova di regola in tutti gli individui affetti da apoplessia cerebrale.

Come nella sindrome di Raynaud e nella claudicazione intermittente, gli spasmi arteriosi localizzati possono durare da 5 minuti a parecchie ore ed anche a qualche giorno. Ora il cervello è l'organo meno difeso per resistere all'anemia consecutiva a tali spasmi, specie nel territorio delle arterie dei nuclei grigi centrali, che sono terminali, nascono ad angolo retto dai grossi tronchi della base e penetrano direttamente nell'encefalo. D'altra parte gli esperimenti fatti sui gatti, sui conigli e sui cani dimostrano che la reazione del tessuto cerebrale cambia rapidamente dopo la morte divenendo acida. Per modo che questa particolare sensibilità del tessuto cerebrale e dei suoi vasi in rapporto all'anemia spiega come l'angiospasmo possa determinare da solo le lesioni angionecrotiche riscontrate da Westphal, specie nella media, negli individui morti d'apoplessia.

Si comprende inoltre come per la intensa dilatazione secondaria seguìta allo spasmo si possa avere l'emorragia, la quale può essere ancora favorita da condizioni circolatorie speciali che costituiscono in alcuni individui, o in alcune famiglie, l'abito apoplettico: tendenza alla pletora, alla stasi venosa e capillare, fragilità vascolare che si estrinseca con angiomi cutanei, telangectasie, edemi di Quincke.

Adunque l'apoplessia, secondo la patogenesi sostenuta da Westphal, non è in rapporto all'arteriosclerosi, ma è dovuta ad uno spasmo che inizialmente è affatto funzionale.

Si spiegherebbe così come uno spasmo localizzato, o anche una reazione inversa, possa spiegare le emorragie cerebrali dei giovani, che sopravvengono senza cause apparenti e senza prodromi.

Analoga patogenesi potrebbe essere invocata per alcune emorragie meningee e per alcune emorragie viscerali che sopravvengono negli ipertesi.

Questa concezione patogenetica dell'emorragia cerebrale ha i suoi corollari di terapia preventiva, che dovrebbe essere ipotensiva ed antispasmodica: riposo a letto, diuretina, iodo, dieta povera di colesterina, iniezioni di zolfo. Westphal inoltre consiglia di evitare ogni sorta di reazioni vaso-motrici d'origine psichica o fisica, tra le quali ultime egli comprende i bagni caldi ed i bagni carbo-gassosi.

Westphal ha infine istituito esperimenti atti a verificare la sua concezione patogenetica, a verificare cioè se le arterie di medio calibro possono subire contrazioni spastiche di tale intensità e durata da compromettere la circolazione cerebrale, e se un'anemia cerebrale circoscritta di durata sufficiente è capace di riprodurre lesioni apoplettiche nel cervello.

Al riguardo è da rilevare che l'ampiezza della motilità vascolare è evidentissima nella grossa arteria dell'orecchio del coniglio, la quale sia spontaneamente, sia sotto l'azione di eccitanti diversi è capace di variare il proprio calibro da mm. 0.5 a mm. 2.5.

Quest'ampiezza dell'oscillazione del calibro delle arterie trova il suo riscontro in clinica. È ben noto come, nella claudicazione intermittente il polso della pedidia può transitoriamente scomparire, come il polso della radiale in alcuni casi di sindrome di Raynaud, e che nell'amaurosi transitoria l'arteria centrale della retina diventa presso che invisibile all'oftalmoscopio.

Fischer osservò focolai apoplettici delle arterie cerebrali con necrosi della media in conigli sottoposti a ripetute iniezioni endovenose d'adrenalina. Ma è dubbio se tali lesioni devono attribuirsi a spasmo provocato dall'adrenalina, o all'azione tossica diretta sulla parete del vaso.

Westphal ha praticato la legatura delle due carotidi e delle due succlavie a cani sottoposti alla narcosi eterea e mantenuti in vita con la tracheotomia e la respirazione artificiale. Il cervello privato del sangue delle carotidi e delle vertebrali si trovava in uno stato di anemia intensa mantenuta per oltre 20 minuti. Si toglievano quindi le legature e si tentava di ristabilire la circolazione mediante iniezioni d'adrenalina. La sopravvivenza non era lunga e l'esame del cervello non mostrava lesioni macroscopiche, ma all'esame istologico si trovava: emorragie per diapedesi con lesioni delle pareti delle arteriole, delle vene e dei capillari.

Westphal infine riferisce un caso clinico che, secondo lui, avrebbe tutta l'evidenza dimostrativa di un esperimento.

Una giovane donna operata per peritonite ebbe una sincope con arresto della circolazione e della respirazione per circa 15 minuti. L'inferma rivisse dopo un'iniezione endocardiaca d'adrenalina. Tuttavia l'infermo rimase in coma con contratture muscolari e scosse cloniche. L'indomani si ebbe nuova sincope che rese necessaria una iniezione endocardiaca d'adrenalina. Morte dopo 36 ore dall'operazione. All'autopsia si trovò che la sostanza bianca cerebrale era disseminata da piccole emorragie della grandezza d'un grano di miglio. All'esame microscopico si constatò che queste emorragie circondavano arteriole, venule e capillari. Alcuni di questi vasi avevano aspetto normale, altri avevano la media tumefatta con scomparsa dei nuclei e dissociazione delle lamine elastiche. Queste lesioni che sono affatto analoghe a quelle che si trovano nell'apoplessia, sarebbero state determinate dall'anemia cerebrale durata 15 minuti e che aveva preceduta la morte di 36 ore.

DR.

CARDIOLOGIA.

Le malattie del cuore e dei vasi nel 1926.

(LEREBOULLET e HEITZ. *Paris Médical*, n. 27, luglio 1926).

Fisiologia. Secondo Vaquez e Douzellot invece di un unico centro di *automatismo* posto nel seno, ve ne sarebbero due, indipendenti, uno per le orecchiette ed uno per i ventricoli, ognuno dei quali sarebbe eccitato dalle variazioni della pressione del sangue nelle cavità corrispondenti. Qui viene applicata l'ipotesi di Géraudel dei cardionettori (*cardio-necteurs*) che sarebbero delle specie di piastre motrici giganti intercalate tra i nervi afferenti ed il miocardio, ed irrorati ciascuno con un'arteria propria: l'arteria dell'atrionettore (o arteria del nodo di Keith e Flack) e arteria del ventricolo-nettore (dell'insieme cioè del nodo di Tawara, del fascio di His e della rete di Purkinje). È attraente ammettere che le variazioni del flusso di queste arterie, eccitando o deprimendo la funzione del « cardio-necteur » possano accelerare o rallentare il ritmo delle orecchiette o dei ventricoli.

Questa nuova concezione dell'automatismo duplice del cuore sembra feconda di risultati.

Bard (*Arch. mal. du coeur*, febbr.-nov. 1925, genn. 1926) in vari articoli dimostra l'ufficio preponderante delle pressioni intracavitarie nell'automatismo del cuore. Il riempimento delle cavità, egli dice, tende a scatenare la sistole, che si produce al momento in cui la pressione ascendente raggiunge la soglia voluta. Così lo stato di vuo-

tamento delle cavità determina a un dato istante la diastole.

Henrijean (*Acad. roy. de méd. Belgique*, 28 settembre 1925) dimostra con bei lavori che la contrazione ritmica del cuore si riduce a dei fenomeni elettrici, prodotti negli ammassi di tessuti specifici sotto l'influenza di fenomeni fisico-chimici.

Radioscopia. Bordet ha fatto interessanti studi sulla *dilatazione del cuore* (Baillière, 1926) cercando di fissare i dettagli tecnici che valgano a distinguere questa dalla ipertrofia. Egli distingue una dilatazione fisiologica che aumenta le dimensioni del cuore soltanto nella diastole, le dimensioni sistoliche restando uguali, ed una dilatazione patologica che si ha quando anche le dimensioni sistoliche si esagerano.

Le dilatazioni irreducibili non si osservano che nelle aderenze extrapericardiche, nella coincidenza di aneurismi artero-venosi, nelle asistolie progressive con regolarità del polso segnalato da Vaquez, nelle miocardie di Laubry. Se si vede nel corso di diversi esami il volume del cuore aumentare regolarmente e rapidamente, si può prevedere una crisi di grave insufficienza cardiaca.

Elettrocardiografia. Ricordiamo come assai interessanti il « Précis d'électrocardiographie » di Petit e l'opera di Tiburcio Padilla: « Electrocardiografia » (Buenos Ayres, 1924). Due osservazioni di Pezzi (*Arch. mal. du coeur*, dicembre 1925) dimostrano che delle alterazioni discrete e transitorie dell'elettrocardiogramma possono corrispondere a dei rumori mal battuti, indistinti che si intercalano tra i rumori normali. Quando queste alterazioni persistono, e sopratutto se si accompagnano a grande variabilità nell'aspetto dei complessi anormali, si deve portare una prognosi oscura.

Lian e Petit (*Presse méd.*, 20 marzo 1926) pubblicano di tre malati che presentavano delle sincopi senza alcuna turba del ritmo e nei quali il solo elettrocardiogramma mostrò l'esistenza di un disturbo della conduzione nella branca destra del fascio di His. Uno di questi malati dopo un anno presentava il polso raro permanente.

Clerc e Lévy (*Soc. biol.*, 20 marzo 1926) in alcuni malati con dilatazione e ipertrofia di cuore, con iposistolia irriducibile, hanno trovato una modificazione del tracciato elettrico che avrebbe un gran valore prognostico. Essa consiste in ciò: che l'ampiezza delle onde, assai diminuita le riduce a delle deboli oscillazioni a livello della zona isoelettrica, insieme si ha un allungamento di Q R S e una inversione di T: di 19 malati con questo segno, 16 sono morti in poche settimane.

Tensione arteriosa. Dumas mette in guardia contro l'errore che può derivare nella misura della tensione arteriosa, dalla rigidità dovuta a una calcificazione che colpisca un lungo tratto delle arterie.

Interessante assai è lo studio di Coguet (*Thése Paris*, 1926) sugli effetti della digestione sulla tensione arteriosa. Mentre un pasto di prova di Ewald non eleva affatto la pressione, il pasto di prova di Loeper provoca dopo un quarto d'ora una lieve esagerazione della pressione. Un pasto che comprenda sopratutto albuminoidi produce dopo una assai corta ipertensione, una caduta brusca che sopravviene circa al ventesimo minuto e dura un'ora. I grassi non modificano la pressione. Gli idrati di carbonio elevano la pressione dopo mezz'ora di circa 1 cm. e mezzo, e dopo due o tre ore si torna alla norma. Un litro e mezzo di latte produce una ipertensione di 2-3 cm., gli stessi effetti ottenendosi con l'ingestione di 1 litro di tisana, sembra che l'aumento di pressione derivi dalla distensione gastrica.

Ipotensione arteriosa. Sono interessanti gli studi di Dumas su questo argomento (*Congrès franç. de méd.*, Nancy 1925). Egli descrive delle forme di ipotensione primitiva coincidenti con un cuore grosso e rapido, e crede che sia l'ipotensione arteriosa quella che ha creato l'ipertrofia e la dilatazione del cuore in seguito al surmenage imposto al cuore per compensare questa ipotonia arteriosa. I toni cardiaci restano in tali casi inefficaci, mentre risultati migliori si hanno coi vasocostrittori (stricnina, adrenalina).

Ipertensione arteriosa. Westphal (*36° Congr. de soc. Alem. de méd.*, aprile 1924) sostiene che il 90 % degli ipertesi sono colesterinemici. Idem dice Guy-Laroche (*La médecine*, febbr. 1925). Invece Heitz e Labbé (*Soc. méd. hôp.* nov. 1924) dicono che non esiste alcuna relazione costante tra il tenore del sangue in colesterina e la pressione arteriosa.

Katz-Klein riprende lo studio dei rapporti tra ipertensione e diabete, e ritiene (*Medizin. Klinik.*, dic. 1924) che il diabete non crei l'ipertensione, ma che invece molti ipertesi possano divenire diabetici per arteriosclerosi delle arterie del pancreas. Molti ipertesi presentano iperglicemia (Kylin, *Zentralbl. f. inn. Med.*, agosto 1924).

Marcel Labbé e Denoyelle (*Soc. méd. hôp. Paris*, maggio 1925) hanno dimostrato che l'iniezione di un milligrammo di adrenalina a degli ipertesi abbassa nettamente la pressione, al contrario di ciò che si ha nei normali.

Leconte (*Journ. méd. de Paris*, marzo 1925) mette in evidenza il valore di fattore ipertensivo che aspetterebbe alla menopausa che crea una ipertensione moderata e silenziosa.

Rigal (*Thèse Paris*, 1925) presso gli ipertesi puri

ha constatato azotemia e costante di Ambard normale, confermando i dati riferiti da Aubertin e Pavon nel 1912 alla Soc. de Biologie.

Baillart (*Prat. méd. franç.*, marzo 1925) studia molto bene le complicazioni oculari negli ipertesi: e richiama l'attenzione sopra un proprio metodo per misurare la pressione nella arteria centrale della retina. L'A. considera un errore il ritenere il glaucoma una diretta conseguenza della ipertensione; anzi gli ipertesi, dice, hanno spesso una tensione oculare relativamente bassa.

Dumas (*Lyon méd.*, maggio 1925) mette in evidenza come dopo i 65 anni sia frequente un abbassamento di tensione, che secondo quest'autore sarebbe responsabile di un dato numero di rammollimenti cerebrali, in quanto la riduzione dell'attività circolatoria facilita la trombosi nelle arterie ateromasiche. Ciò concorda con le idee di Clovis Vincent che avrebbe visto l'ipotensione consecutiva a salasso essere seguita in poche ore da emiplegia per rammollimento cerebrale.

Terapia ipotensiva. In Germania si sono fatti interessanti studi sull'azione dei nitriti per iniezione: Nagy (*Zentralbl. f. i. Med.*, febb. 1926), ha ottenuto con iniezioni sottocutanee di nitrito di soda (da 2 a 4 ctgr.) un abbassamento della Mx di 30-40 mm. Lepehne (*Ther. de Gegenwart*, marzo 1924) usando 1-2 cmc. di una soluzione di nitrito di soda al centesimo per varie settimane, ha ottenuto dei miglioramenti funzionali netti. Kahler ha esperimentato una soluzione di lupinina (alcaloide ottenuto preparando la sparteina) al 5 % che avrebbe un'azione discreta ma troppo passeggera.

Kylin (*Klinik. Woch.*, settembre 1924) usa un quarto di milligrammo di atropina quattro volte al giorno, associata al cloruro di calcio per attenuare la predominanza del vago che esiste negli ipertesi.

Schuz (*Zentralb. f. Herz. u. Gëf.*, n. 3, 1924) ha avuto in 10 casi buoni effetti dall'*animasa* (estratto di parete arteriosa).

Bicak (*New York Journ. of med.*, marzo 1925) ha esperimentato allo stesso scopo dei vaccini colibacillari con notevoli effetti ipotensivi ma transitori. Mac Donald (*Proc. Soc. exper. biol. a. med.*, 1925) ha usato iniezioni intravenose di estratto di fegato in soluzione fisiologica con notevoli effetti.

Disturbi del ritmo. Donzelot (*Soc. méd. hôp.*, genn. 1926) studiando 4 casi di dissociazione auricolo-ventricolare parossistica, ammette l'indipendenza normale delle sistoli auricolari e ventricolari e sostiene che basti una inibizione vagale o uno spasmo vascolare locale per produrre un deficit transitorio del centro ventricolare.

Castex, Beretervide (*Arch. mal. du coeur*, settembre 1925) citano un altro caso in cui la dissociazione parziale o completa era provocata da inibizioni vagali. Meyer (*loco citato*) avrebbe visto un disturbo della conduzione auricolo-ventricolare sparire durante lo sforzo o con l'atropina.

Parkinson e Bain (*Lancet*, agosto 1924) iniettando in un caso di crisi sincopali con dissociazione completa 6 cmc. di adrenalina riuscì a portare il polso a 110.

V. Hoesslin e Klap (*Klin. Woch.*, luglio 1924) resecarono il vago in una donna con frequenti sincopi da dissociazione ottenendo una accelerazione del polso a 120.

Geraudel (*Arch. mal. du coeur*, ottobre 1925) propone una nuova classificazione delle extrasistoli e cioè: protosistoli = contrazioni cardiache premature che si producono quando la corrente sanguigna si accelera a livello del « cardio-necteur » corrispondente; le hysterosistoli o contrazioni cardiache ritardate che si producono quando la corrente sanguigna si rallenta a livello del « cardio-necteur » corrispondente.

Stepp e Schliephake (*Münch. med. Woch.*, novembre 1925) hanno arrestata una crisi ribelle di tachicardia parossistica con iniezione endomuscolare di 1 cmc. di colina al 20 %.

Cardiopatia reumatica. Besançon-Mathieu e Weil (*Ann. de méd.*, febbraio 1926) sostengono che la cardiopatia costituisce la localizzazione principale del reumatismo, le poussées articolari non sarebbero che localizzazioni secondarie, sebbene di alto valore diagnostico. Gli AA. han fatto uno studio accurato del nodulo di Aschoff, che Coombs ha trovato anche sulle sierose articolari, e che essi descrivono minutamente in dodici interessanti tavole. Wallace (*Pediatric. Soc. of Chicago*, dicembre 1924) ha trovato il nodo di Aschoff nel 12 % dei casi ai gomiti, ginocchia, rachide, spalle, caviglie, dita.

Clawson e Bell (*Arch. of Intern. Med.*, gennaio 1926) cercano di provare l'identità dell'endocardite reumatica e dell'endocardite lenta.

Etienne (*La Medecine*, marzo 1926) ha riunito sette osservazioni di cardiopatie postifiche a lunga scadenza: 15-20 anni dopo il tifo.

Warthiu su 16 autopsie di difterici ha trovato costantemente delle lesioni notevoli del miocardio (*Journ. of infect. Disease*, luglio 1924). In cani intossicati con tossina difterica Edmunds e Cooper (*Ass. of Am .Phys.*, maggio 1925) hanno trovato sempre una netta necrosi di Zenker. Lutembacher (*Ann. de med.*, ottobre 1925) ha sempre constatato lesioni simili sia sui malati che sui cani intossicati.

Warthiu ha osservato otto casi di morte rapida in portatori di miocardite luetica latente rilevata all'autopsia (*Amer. Heart Journ.*, ottobre 1925).

Aubertin e Rimé (*Presse méd.*, gennaio 1926) son riusciti a fare la diagnosi di trombosi obliterante dell'orecchietta sinistra in un paziente affetto da stenosi mitralica con aritmia completa, in cui comparve: dispnea, cianosi, con piccolezza del polso, oscillazioni quasi abolite, asfissia delle estremità con porpora, scomparsa del primo rumore.

Angina di petto. Richon e Gallavardin hanno fatto al XVIII Congresso di Medicina a Nancy degli interessantissimi rapporti sull'angina di petto studiando accuratamente 617 casi. Tra questi hanno trovato 65 malati con angina da decubito (Vaquez), han rilevato come particolarmente gravi i casi in cui il dolore si associa al senso di soffocazione. Dedicano un capitolo all'angina nevrosica e riconoscendo che non abbiamo alcun segno veramente caratteristico consigliano grande riserva nella prognosi. L'angina da sforzo è parsa sempre attribuibile a lesioni delle coronarie.

Oberndorfer (*Münch. med. Woch.*, sett. 1925) su 14 autopsie di anginosi ha trovato quasi sempre restringimenti o obliterazioni di qualche ramo coronario, ma, in più, specie nelle forme croniche delle alterazioni del miocardio.

Interessanti i lavori di Ormos (*Deuts. med. Woch.*, nov. 1924) che in 3 casi esaminando i gangli simpatici cervicali estirpati ad anginosi, ha constatato delle alterazioni istologiche che considera causa iniziale dell'angor: esse agirebbero provocando uno spasmo e delle lesioni consecutive delle a. coronarie.

Doumer e Gallavardin (*Arch. mal. d. coeur*, dicembre 1925 e *Pratique med. franç.*, genn. 1926) hanno descritto due forme di angina di petto mediastinica, in un caso provocata da una palla di fucile nel mediastino e nell'altro da un cancro del polmone invadente il mediastino.

L'angina riflessa per aerofagia è ancora discussa. Vaquez la nega. Fiessinger e Martinet l'ammettono: Lian e Flora (*La Méd.*, marzo 1926) ritengono l'aerofagia possa agire da determinante negli ateromatosi aortici, è certo che in alcuni casi adatti la cura della aerofagia con la belladonna e la diatermia danno buoni effetti.

Terapia medica dell'angina. Meyer (*Zeits. f. K. Med.*, dicembre 1925) ha avuto buoni effetti con endovenose di glucosio (10-20 cmc. di soluzione al 15 % a giorni alterni) sole o associate alla strofantina, che agirebbero abbassando la pressione arteriosa e dilatando i capillari cutanei.

Terapia chirurgica dell'angina pectoris. La discussione ferve tra l'operazione di Jonnesco (resezione delle due catene simpatiche cervicali coi loro gangli) e quella proposta da Hofer di Vienna (sezione del n. depressore di Cyon). Denielopolu nota che la resezione dei gangli inferiori e dei primi toracici crea degli inconvenienti, in quanto essi danno origine a fibre simpatiche acceleratrici e rinforzatrici della contrazione tonicardiaca e che un certo numero di malati è morto dopo sezione di questi gangli per edema polmonare o asistolia. Questo A. nota che il n. depressore è nell'uomo assai male individualizzabile, e lo stesso Hofer (*Wiener med. Woch.*, agosto 1925) nella metà dei casi operati non ha potuto trovare questo nervo e si è dovuto risolvere in 5 casi a sezionare il vago. Vaquez fa notare che tutta la questione si deve oggi aggirare attorno al ganglio stellato. Jonnesco e Jonesco (*Presse Méd.*, dicembre 1925) ritengono che la resezione di questo ganglio sia d'obbligo se si vuole avere una azione anestetica durevole. Essi mettono in dubbio l'ufficio toni-cardiaco delle fibre acceleratrici simpatiche, non avendo, dopo la loro resezione nel cane, notato modificazioni dell'elettrocardiogramma. In vari pazienti con resezione del ganglio stellato non hanno avuto disturbi di sorta.

Invece Brandsburg (*Münch. m. Woch.*, ott. 1925) ha visto nel coniglio e cane la resezione del ganglio stellato essere seguita da edema, infiltrazione del miocardio, ecc.

Leriche e Fontaine (*Gaz. d. hôp.*, maggio 1925) rinunciano a questa operazione in seguito a fatti clinici (asistolia grave in donna tachicardica) e sperimentali (modificazioni elettrocardiografiche e morte in animali dopo estirpazione del ganglio stellato). Leriche (*Cong. d. Nancy*, luglio 1925) propone di limitarsi alla resezione dei rami comunicanti del simpatico cervicale: e precisamente, i rami del ganglio cervicale superiore negli anginosi con irradiazioni alla nuca ed alla mascella; il n. vertebrale di Franck e i comunicanti del C. 8° e del T. 1° negli altri casi. Fontaine (*Thèse de Strasbourg*, 1925) ha passato in rivista i 110 casi fin qui operati ed ha trovato vantaggi sensibili nel 62 % e risultati nulli o decessi nel 38 %. L'operazione è indicata se i dolori sono intensi e il trattamento medico ha fallito, sembra controindicata nell'angina da decubito. Secondo Levine e Newton (*Amer. Heart Journ.*, ottobre 1925) le lesioni valvolari, specie l'insufficenza aortica, costituiscono controindicazione.

Mandl (*Wien. K. Woch.*, n. 27, 1925) ha iniettato alcool nelle branche posteriori dei primi n. toracici in 16 anginosi, con risultati buoni, ma limitati a qualche settimana.

Oberndorfer (*Münch. med. Woch.*, sett. 1925) partigiano convinto dell'origine coronariena delle crisi propone una fissazione operatoria del pericardio all'epicardio, una specie cioè di operazione di Talma pel cuore allo scopo di stabilire colle aderenze un circolo collaterale.

Disturbi cardiaci d'origine tiroidiena. Zondek,

Tracher (*Am. Journ. of dis. of Children*, lug. 1925) hanno constatato nei cretini per mixoedema anomalie dell'elettrocardiogramma, e precisamente: un abbassamento o una inversione di T. in 2ª derivazione. Queste e altre anomalie sparirebbero con uso di 50 ctgr. di tiroide pro die.

Willius e Haines (*Am. Journ. of Heart*, ott. 1925) han visto cedere all'opoterapia tiroidea le anomalie elettrocardiografiche che si hanno nelle cardiopatie croniche. Anche Tracher e White (*Am. Journ. of the med. sciences*, gennaio 1926) han trovato in 14 mixedematosi anomalie elettrocardiografiche varie, tutte modificantesi con opoterapia tiroidea.

Vari autori hanno studiato i frequenti disturbi del ritmo dovuto a ipertiroidismo. Tra gli altri merita essere ricordato il lavoro di Bickel e Frommel (*Arch. mal. d. coeur*, luglio 1925) su tutte le osservazioni di 10 anni alla clinica di Ginevra. Swan (*Annals of clin. med.*, ottobre 1924) trattando con tiroide un mixedematoso ha avuto a tre riprese crisi di aritmia completa. Benjamin (*Zentr. f. Herz. u. Gefasskr.*, n. 4, 1924) ha prodotto sperimentalmente aritmia per fibrillazione auricolare con intossicazione tiroidea ed eccitazione del vago.

Sulle *Miocardie* ricordo solo l'interessantissimo e completo lavoro di Walser (*Thèse de Paris*, 1 vol., Doin 1925). Numerosi lavori sono stati anche fatti sul campo delle *arterie*: Gallavardin e Pauper-Ravaut (*Lyon méd.*, giugno 1925) hanno pubblicato il primo esame istologico fatto in Francia in un caso di trombo-angioite obliterante in un uomo di 44 anni.

Leriche (*Soc. d. chir. de Lyon*, dicembre 1925) ha ottenuto la guarigione di una trombo-angioite obliterante con la resezione della surrenale sinistra (idea del russo Oppel). Philips e Tunick (*Journ. Am. med. Ass.*, maggio 1925) hanno curato 50 pazienti affetti da trombo-angioite con irradiazioni (raggi X) dei centri nervosi simpatici della regione lombare, con risultati discreti ma non completi.

Labbé e Denoyelle (*Soc. med. hôp. Paris*, marzo 1925) hanno avuto un rapido vantaggio con una cura specifica in una donna con obliterazione arteriosa dei quattro arti e R. Wassermann positiva. Lo stesso ottennero benefici in un sifilitico con sindrome di Raynaud, gli AA. Grenet e Pélissier (*Soc. med. hôp. Paris*, febbraio 1925).

Infine Claude e Tinel (*Soc. med. hôp.*, marzo 1925) hanno fatta una bella osservazione su una sindrome di Raynaud di origine emotiva in una donna di 36 anni, grande simpaticotomia, che guarì in meno di 3 mesi con dei cachets di estratto ipofisario (0.50 a 1 grammo pro die) che deve aver agito stimolando il vago. L. TONELLI.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Lo streptococco della scarlattina.

(RUTH TUNNICLIFF. *Journ. Am. Med. Ass.*, 28 agosto 1926).

In precedenti studi, di cui dette comunicazione nel 1920, l'A. dimostrò che il 92 % degli streptococchi trovati in scarlattinosi ed il 100 % di quelli trovati in eresipelatosi appartengono a distinti gruppi biologici, ben differenziati per reazioni opsoniche, agglutinanti ed immunitarie dagli streptococchi di altre infezioni. Ulteriori studi dimostrarono che lo streptococco della scarlattina comincia a scomparire verso la seconda settimana della malattia, ma che persiste nell'organismo molto più a lungo, circa sei settimane. Le complicazioni scarlattinose, che s'iniziano in genere dopo la terza settimana, sono dovute allo stesso streptococco, il quale fu anche isolato dalle lesioni purulente che seguono la malattia. Fu anche dimostrato che le persone che avvicinano gli scarlattinosi possono soffrire tonsilliti senza esantemi, e nelle loro tonsille si riscontra lo streptococco della scarlattina, il quale si trova pure su tutti gli oggetti adoperati dagli infermi.

La specificità del microrganismo fu confermata dalle reazioni agglutinanti eseguite con siero immune di coniglio eseguite da Bliss, Gordon, Stevens e Dochez, Dochez e Shermann, e da Tagles.

Herrold e Tunnicliff dimostrarono che il siero concentrato di convalescenti di scarlattina dà reazioni agglutinanti specifiche, che consentono di distinguere lo streptococco della scarlattina dagli altri.

Gli streptococchi furono fatti sviluppare per 24 ore in brodo destrosato misto a liquido ascitico nella proporzione di 1:3. Il siero scarlattinoso fu concentrato mediante precipitazione di euglobulina e delle minime frazioni di pseudoglobulina con soluzione di solfato d'ammonio (2 cmc. di siero: 1,2 cmc. di soluzione ammonica); dopo aver tenuta la mescolanza per trenta minuti alla temperatura di stanza, si procedette alla centrifugazione, versamento della parte liquida, e quindi riscaldamento della porzione rimasta nel tubo.

Il precipitato così ottenuto fu sciolto in 0,4 cmc. di soluzione fisiologica; la soluzione così ottenuta costituiva il siero concentrato. Questo si diluisce con cinque parti di soluzione fisiologica e con un'eguale quantità di sospensione batterica per modo da ottenere la diluizione ultima inferiore a 1:5, tenendo conto della concentrazione parziale in seguito ad incubazione per 3-4 ore a 55°.

Questo siero fu provato con otto ceppi di streptococchi scarlattinosi e non scarlattinosi prove-

nienti da soggetti infermi di varie malattie (difterite, morbillo, tonsillite, ecc.). L'agglutinazione si ebbe soltanto con gli streptococchi isolati da individui affetti da scarlattina.

L'agglutinazione è specifica anche con il siero di conigli immunizzati con lo streptococco scarlattinoso. Per tale dimostrazione furono immunizzati tre conigli con piccole dosi progressive di cultura di streptococco isolato da scarlattinosi in brodo destrosato ascitico. Numerose esperienze furono tutte concordi nel dimostrare che il siero dei conigli così immunizzanti ha potere agglutinante specifico per gli streptococchi isolati da individui affetti da scarlattina, mentre non lo ha affatto per gli streptococchi isolati da individui affetti da eresipela, tonsillite, ascessi, pleurite, ecc. È importante il fatto che la stessa reazione agglutinante dettero gli streptococchi isolati dalle fauci d'individui che presentarono la forma abortiva di scarlattina, senz'esantema, d'individui che presentavano solo alcuni sintomi della scarlattina (tonsillite con otite), ed infine d'individui che avevano superato da tempo la malattia. Altro fatto importante si è che i guariti possono riavere infezioni tonsillari da streptococchi scarlattinosi senza febbre.

Per fare la diagnosi rapida di scarlattina si può ricorrere alla reazione opsonica con una tecnica molto semplice:

1) si riscalda per una mezz'ora a 56° siero di conigli normali ed immunizzati allo scopo di aumentare il contenuto di opsonine;

2) si mescolano a parti uguali sangue umano normale e soluzione di citrato di sodio al 2 %; tre goccie grosse di sangue sono sufficienti per ogni esame;

3) si fa la sospensione di cultura in agar ottenuta con lo striscio del sangue umano da esaminare;

4) si mescolano in pipette capillari a parti eguali siero di coniglio (immune o normale), sangue umano citratato e sospensione batterica, e si tengono le pipette per 20 minuti a 36°. Se l'indice fagocitico del siero immune eccede quello del siero normale determinato con lo stesso metodo si conclude che le colonie contengono streptococchi della scarlattina. L'indice fagocitico del siero immune diviso per quello del siero normale rappresenta il potere opsonico del siero immune.

Se il siero è stato precedentemente riscaldato, l'identificazione dello streptococco può essere fatta entro un'ora.

Nelle esperienze dell'A. dodici ceppi di streptococchi emolitici di origine non scarlattinosa dettero col siero immune un indice di 0.8 a 1.0, mentre sedici streptococchi provenienti da individui affetti da scarlattina dettero un indice di 1.6 a 5.5. I risultati delle prove dell'agglutinazione collimarono con quelli ottenuti con la ricerca dell'indice opsonico.

Le conclusioni che si possono dedurre da queste esperienze sono:

Il siero concentrato di individui convalescenti di scarlattina ed il siero di conigli immunizzati con lo streptococco della scarlattina sono egualmente specifici e possono essere utilizzati per identificare lo streptococco della scarlattina nei casi dubbi e per svelare i portatori.

Ricercando l'indice opsonico direttamente con lo streptococco di colonie ottenute sull'agar con striscio di sangue da esaminare, è possibile identificare il germe della scarlattina molto più presto che con la prova dell'agglutinazione.

DR.

CENNI BIBLIOGRAFICI

A. SCHITTENHELM. *Handbuch der Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe.* Ed. Julius Springer, Berlin, 1925. Mk. 150.

La casa editrice Julius Springer di Berlino ha edito due eleganti volumi di circa 600 pagine ognuno, corredati da numerose e nitide illustrazioni. Questo trattato è stato fatto colla collaborazione dei principali cultori tedeschi delle malattie del sangue. Nel primo volume il prof. Naegeli tratta della embriologia, morfologia e biologia delle cellule del sangue e degli organi emopoietici. Dopo avere raccolto ed ordinato tutte le cognizioni moderne sulla morfologia normale del sangue, cerca di trasportare lo studio nel campo della fisiologia normale e patologica tentativo di una grande importanza per la clinica, per quanto sieno fin'ora assai scarsi i fatti osservati.

Un secondo capitolo è fatto dal prof. Bürger in continuazione a quello di Naegeli sulla fisiologia patologica del sangue, dove vengono riassunti brevemente i metodi per la determinazione dei gas del sangue, della massa del sangue, della resistenza dei globuli rossi, ecc.

Il prof. Hirschfeld tratta in un capitolo sistematico le alterazioni morfologiche del sangue che si accompagnano alle diverse malattie, e, in un altro capitolo, tratta, con quella maestria che lo ha reso celebre, il poderoso argomento delle leucemie e degli stati simili.

Pone in evidenza la somiglianza tra le eritremie e le leucemie e per questo dà rilievo ed importanza al caso clinico illustrato nella Clinica Medica di Roma il quale chiarisce la parentela fra le due forme morbose.

Nel secondo volume Bürger tratta le anemie secondarie, facendo un elenco delle alterazioni morfologiche dei globuli rossi, della grandezza e

della forma di essi, delle alterazioni dell'apparato circolatorio, delle alterazioni chimiche, in fine fa dei quadri clinici delle principali forme di anemie secondarie, per esempio, da emorragia, da carcinoma, ecc.

Il prof. Schumann tratta dell'anemia perniciosa e delle principali ipotesi patogenetiche moderne.

Il prof. Frank tratta delle diatesi emorragiche, esponendo la sua personale classificazione ed i suoi concetti sulle trombopenie.

I proff. Aschoff e Schittenhelm trattano assai a lungo e completamente tutto ciò che oggi si conosce sul sistema reticolo-endoteliale, dal punto di vista sia morfologico, sia funzionale.

Il prof. Wöhlisch tratta dell'emofilia; il prof Schellong delle emoglobinurie parossistiche ed in modo speciale dell'emoglobinuria da freddo.

Il prof. Günther tratta dell'ematoporfirinuria.

G. H.

REPUBLICA ARGENTINA. *Tercer Congreso Nacional de Medicina* (Buenos Ayres, 6-18 julio 1926). Tomo I. *Sesiones Generales. Paludismo.* Un vol. in-8° gr. di pag. 717. Buenos Ayres, « Los Ciencies », edit., 1926.

Con rapidità straordinaria, ad un mese appena dalla chiusura del 3° Congresso argentino di medicina, ha visto la luce il 1° volume del resoconto ufficiale.

Esso è consacrato alla malaria, che ha formato il tema principale del Congresso.

Raccoglie una cinquantina di relazioni e comunicazioni, le quali coprono i più diversi campi della malariologia: epidemiologia, profilassi, patologia, clinica, terapia, anatomia patologica, entomologia, parassitologia, geografia medica, medicina legale, ecc. Rivelano quasi tutte maturazione di pensiero, conoscenza esatta della letteratura, sagace osservazione dei fatti, apprezzamenti critici sicuri: a nostro avviso, valgono a porre l'Argentina ai primissimi posti tra le nazioni che si interessano alla soluzione del grave problema medico e sociale della lotta contro la malaria, il che prima non veniva sospettato.

Un posto di onore hanno avuto le dissertazioni dei tre ospiti d'onore italiani invitati al Congresso: V. Ascoli, che ha svolto due temi: « La corteccia di china e i suoi alcaloidi nella cura della malaria » e « I disturbi cardio-vascolari nella malaria »; G. Alessandrini, che trattò dell'« Anofelismo senza malaria » e dell'« Organizzazione della lotta antimalarica in Italia » (con proiezione di una pellicola cinematografica, fatta allestire dalla nostra Direzione Generale della Sanità Pubblica) e G. Pittaluga, che prospettò il problema de « L'abitazione umana nell'epidemiologia della malaria » e descrisse lo « Stato della lotta antimalarica in Spagna ».

Questo resoconto è preceduto dal regolamento del Congresso, dalla lista degli aderenti e dalla cronaca delle cerimonie, la quale comprende una seduta preparatoria, la seduta inaugurale e la seduta di chiusura. Notevole è un discorso di G. Aráoz Alfaro, tenuto alla seduta inaugurale, sull'« Orientamento e stato attuale della lotta antimalarica »: conferenza magistrale, in cui l'insigne scienziato rivela cognizioni e concezioni vaste e sicure: un vero modello.

La pubblicazione degli Atti a un mese di distanza dalla fine del Congresso rappresenta per noi qualcosa di meraviglioso, ed attesta la perfetta organizzazione che il presidente Bonorino-Udaondo, ha saputo compiere, la solerzia dei segretari, la capacità dell'editore. L. V.

Oeuvres de Pasteur. Réunies par le Dr. PASTEUR VALLERY-RADOT. Tome IV. Un vol. in-8° gr. di p. 762, con figure e 16 tavole fuori testo a colori. Parigi, Masson e C., editori, 1926. Prezzo 28 franchi svizzeri.

Indotto quasi contro voglia a studiare un problema che allora interessava vivamente i bachicultori, gli economisti e gli statisti, Pasteur penetrò in un dominio nuovo, e quello studio ingrato, che pareva dovesse allontanarlo dagli scopi che egli perseguiva, divenne il legame tra le fermentazioni e le malattie contagiose.

Esso gli consentì di assodare per la prima volta l'azione di un microrganismo quale causa efficiente di una malattia; di risolvere i problemi del contagio e dell'eredità; di stabilire le norme per la profilassi.

Questi lavori sulle malattie del baco da seta furono il preludio delle ricerche di Pasteur sulle malattie infettive dell'uomo e degli animali superiori.

Il volume comprende tutta l'opera di Pasteur sulla sericoltura; dei due volumi che egli aveva dato alle stampe nel 1870, l'uno su « La Pébrine et la Flacherie » è riprodotto integralmente, l'altro, intitolato « Notes et Documents », è integrato da un gran numero di comunicazioni e di articoli pubblicati da Pasteur tra il 1865 e il 1870 e da numerose comunicazioni, note e lettere posteriori.

Tipograficamente la pubblicazione è impareggiabile.

Ricordiamo che delle opere di Pasteur sono già usciti tre volumi: 1) Dissimmetria molecolare; 2) Fermentazioni e generazioni dette spontanee; 3) Studi sull'aceto e sul vino. Quello attuale è il quarto della serie. Vedranno ancora la luce: 5) Studi sulla birra; 6) Malattie virulenti, virus vaccini e profilassi della rabbia; 7) Miscellanea scientifica e letteraria. L. V.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

XXXV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Modena, 10-14 ottobre 1926.

Dott. F. CLAUSER e prof. G. BLOCH (Padova). — *Sui rapporti anatomici dell'apparato uropoietico in gravidanza.* — Da osservazioni pielo-cistografiche risulta che durante la gravidanza si verificano notevoli spostamenti topografici nell'apparato uropoietico (vescica-ureteri) che sono in rapporto con lo sviluppo dell'utero; con la sua destroversione e con la situazione e posizione del feto. Tali modificazioni sono in rapporto patogenetico coi facili processi flogistici dell'apparato uropoietico in gravidanza.

Dott. PENSA PASQUALE (Bologna). — *La pratica dell'anestesia lombare nella Clinica ostetrico-ginecologica di Bologna.* — Riferisce su 468 rachianestesie, delle quali 240 con la novocaina, 202 con la tutocaina, e 26 con stovaina-alipina (formula del Vagnié). Prèferisce la tutocaina Bayer, che non dette mai nè insuccesso, nè complicazioni. Descrive la tecnica e dice della necessità di scegliere il soggetto e della sostanza anestetica.

Dott. MOMIGLIANO EMANUELE (Roma). — *Ricerche microchimiche differenziali tra corpo luteo e ghiandola interstiziale.* — Ha sottoposto l'O. ad un esame microchimico comparativo i grassi ed i lipoidi del corpo luteo e delle gl. interstiziali della coniglia. Esclude una corrispondenza microchimica nei prodotti di secrezione del C. L. e della gl. interstiziale. I grassi contenuti in questa rientrerebbero nella categoria dei lipoidi. Il C. L. ne sarebbe privo, non avrebbe quindi partecipazione diretta al ricambio dei lipoidi. Questi, contenuti nella gl. interstiziale, sarebbero in rapporto coi lipoidi del sangue.

L'O. avanza l'ipotesi di una corrispondenza funzionale delle gl. interstiz. con le altre gl. a secrezione interna. Giustifica l'ipotesi di una funzione antitossica di essa gl. interstiziale.

Discussione.

Prof. FORNERO (Modena). — Il metodo ottico di cui si è valso l'O. non dà troppo affidamento. Lo dànno invece i procedimenti comparativi istochimici-polarimetrici. Solo pochi pensano il contrario. I metodi di colorazione vitale per mettere in evidenza i lipoidi sono ancora più infidi.

Dott. MOMIGLIANO (Roma). — Autori di indiscussa competenza dànno importanza al m. ottico nell'identificazione microchimica dei grassi e dei lipoidi in confronto ai diversi metodi di colorazione. Del resto una prudente valutazione dei diversi metodi può dare la possibilità di una diagnosi microchimica, non di uno solo. Nessuna ricerca microchimica sui grassi e sui lipoidi può trascurare il m. ottico.

Dott. ALEXANDER JUHÀSZ (Modena). — *Sul valore degli ormoni ovarici.* — L'O. dopo aver descritto le diverse fasi dell'attività utero-ovarica negli animali da esperimento e le modificazioni del secreto vaginale ad esse corrispondenti, confronta l'azione di diversi preparati ovarici esteri e nazionali con l'azione esercitata dall'estratto del liquor follicolare ottenuto col metodo Zondek e Aschheim, dimostrando la mancanza di efficacia dei primi e la sufficienza dei secondi.

Dott. prof. A. TOMMASELLI (Napoli). — *Azione della castrazione ovarica sulla lipasi del siero di sangue.* — Ricorda la influenza della castrazione sulla obesità ipogenitale. Si è servito del metodo stalagmometrico. Primi risultati: dal quinto al settimo giorno dopo la castrazione si ha diminuzione del potere lipolitico del sangue. Continuerà le sue ricerche sulle donne per vedere se avrà risultati uguali che sugli animali.

Prof. C. VERCESI (Sassari). — *La ricerca del bismuto nella placenta.* — In analogia alle ricerche per il mercurio e gli arsenobenzoli, l'O. ha indagato se il bismuto introdotto terapeuticamente nella gravida sifilitica arriva alla placenta per stabilire gli eventuali rapporti del farmaco col decorso e l'esito della gravidanza. Ha trovato effettivamente che il bismuto arriva alla placenta, ove è possibile rivelarlo col metodo di Fresenius e Babo distruggendo la sostanza organica ed applicando sul residuo il metodo di Ganassini (reazione degli stanniti alcalini).

Prof. SIRENA CORLEO (Palermo). — *La classica fenestra del forcipe o la fenestra a gemella oscillante?* — In favore della fenestra discontinua alternata nelle due cucchiaie dice che per essa non è menomata la resistenza dello strumento, che da tenaglia rigida è trasformata in una pinza da presa flessibile con minima azione comprimente, senza più il meccanismo di leva noto. Anche se si toglie l'oscillazione delle gemelle, la pressione del suo forcipe (Kgm. 7) è minore di quelle dei comuni forcipi (Kgm. 18). Esso quindi segna un vero progresso.

Discussione.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Crede necessaria una numerosa causistica per questo forcipe.

Prof. BOLAFFIO (Sassari). — Nella rotazione del forcipe verso sinistra si avrà massima oscillazione, nulla nella rotazione verso destra, dato che l'oscillazione stessa è nella gemella sinistra anteriore ed in quella destra posteriore.

Prof. ROCCHI FRANCESCO (Roma). — Ha dubbi sulla effettiva pressione del forcipe proposto sulla testa fetale e sulla sua sicurezza di presa. Sulle gemelle oscillanti sarà nulla la pressione, riservata tutta sulle gemelle fisse e perciò dannosa, come vediamo quando col forcipe comune in un'applicazione errata una gemella preme sola sulla testa fetale (contusioni, avvallamenti, fratture craniche).

Essendo poi la presa del forcipe dell'O. per la cedevolezza delle gemelle oscillanti, affidata ad un cerchio metallico di appena un cent. di altezza, costituito con le gemelle fisse, queste potranno scivolare in dietro e in avanti, cioè, lasciar la presa. Questo si deve credere in base alle leggi della meccanica.

Prof. COVA (Palermo). — Ha eseguito varie applicazioni in Clinica col forcipe Sirena ed ha visto che in pratica la presa non si è dimostrata difettosa.

Prof. SIRENA-CORLEO (Palermo). — Ringrazia il prof. Cova. Assicura il prof. Bolaffio, che nella rotazione anche verso destra l'oscillazione non manca, il prof. Rocchi, che non ebbe col suo forcipe nè pressione dannosa sulla testa fetale, nè sfuggita dall'istrumento.

Dott. MAGNANI L. (Firenze). — *Sul trapianto dell'ovaio.* — Si tratta di autotrapianto che ha corrisposto allo scopo nel 90 % dei casi. Crede che il corpo luteo abbia influenza sull'esito del trapianto. I soggetti che meglio rispondono all'innesto sono quelli appartenenti al tipo, così detto, macrosplancnico.

Discussione.

Prof. VERCESI (Sassari). — Ha fatto innesti di cunei di ovaio tolto in un'operazione di gravidanza extrauterina in ciascun ovaio di giovane ipoovarica, quasi amenorroica, che migliorò sebbene sempre amenorroica.

Prof. GAIFAMI (Bari). — Crede nelle isterectomie preferibile di lasciare un ovaio a quello di praticare un autotrapianto.

Prof. OLIVA (Genova). — Da sue esperienze gli risulta che gli eterotrapianti ovarici si dimostrarono utili nella disovaria. L'ovaio da innesto può esser trapiantato tardivamente dopo averlo conservato in soluz. iodo-iodurata. Ovaia di mucche trapiantate su donne dettero esito buono.

Prof. ALFIERI (Pavia). — Riferisce di suoi casi interessanti di innesti ovarici. In un caso di menopausa precoce ritornarono le mestruazioni e scomparvero fatti nervosi. In un secondo caso l'innesto fu fatto nel Douglas con miglioramento generale di una quarantenne in menopausa. Un terzo caso riguardava un'amenorroica primitiva. In un quarto caso l'innesto fu fatto in un'annessiectomia per tbc. e amenorrea. Ritornarono le mestruazioni regolari per tre mesi.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Non sarebbe stato opportuno l'innesto pluriglandolare invece di quello ovarico solo?

Prof. BOLAFFIO (Sassari). — Ricorda che ad attenuare i fenomeni ovariprivi in menopausa fu sperimentata l'irradiazione con risultati analoghi a quelli dei trapianti ovarici. L'azione degli innesti di ovaia conservate in soluzione iodo-iodurata non può aversi che per azione stimolante di proteina essendo nella soluzione perduta l'attività del frammento ovarico innestando.

Dott. MAGNANI (Firenze). — I trapianti ovarici vengono fatti dove non è possibile conservare l'ovaio.

Dott. RAGUSA e dott. ARCIERI (Roma). — *Sulle alterazioni indotte nell'ovaio dalle malattie infettive e dai relativi sieri e vaccini.* — Concludono: la peste apporta nell'ovaio alterazioni simili, ma più rapide che le altre malattie prese a considerare. Più lievi alterazioni apporta la blenorragia. Vaccini e sieri hanno sull'ovaio la stessa azione che le malattie stesse.

Prof. R. COSTA (Novara). — *Parti spontanei in antiche sinfisiectomizzate.* — Sette donne già sinfisiectomizzate partorirono spontaneamente feti vivi ed in breve tempo una ottava richiese il forcipe. Due partorirono dopo la sinfisiectomia due volte in modo facile bambini vivi. Esami clinici e radiografici dimostrarono la dilatazione permanente del bacino in tutte. *Deduzioni*: Nei limiti della sinfisiectomia l'operazione trova sua netta indicazione diretta o come complemento di taglio cesareo.

Prof. E. SANTI (Trieste). — *Note su alcuni casi di sinfisiectomia parziale alla Costa.* — In cinque casi praticò l'operazione. La radiografia fece vedere in quattro un accentuato divaricamento dei pubi che aveva dato segni clinici in un caso solo. Il parto dopo l'operazione erasi espletato due volte con forcipe, due volte spontaneamente. C. V. non inferiore ad 85 mill.

Prof. VERCESI C. (Sassari). — *Il parto nelle donne sinfisiectomizzate.* — Seguì in tre delle sue operate. In due la sinfisiectomia era stata praticata a complemento del taglio cesareo. Il nuovo parto richiese nuovamente il taglio cesareo. Nel terzo caso (C. V. superiore a 82 mill.) il parto seguì spontaneo, rapido. (Feto di grammi 3275).

Discussione su la sinfisiectomia.

Prof. OLIVA (Genova). — L'operazione può con profitto essere praticata anche al momento del travaglio di parto, quando si vegga l'assoluta necessità e la netta indicazione, senza timore di danni materno-fetali come nei suoi casi.

Prof. LANDUCCI (Bergamo). — Ha eseguito l'operazione di Costa come complemento del taglio cesareo. In due donne seguì parto spontaneo. Una di queste è interessante (C. V. di 75 mill.) prima operata di embriotomia, di parto prematuro e di taglio cesareo con sinfisiectomia farebbe autorizzare un ampliamento del limite di ristrettezza del bacino per l'operazione.

Prof. GUZZONI (Modena). — L'operazione di Costa può esser applicata in via profilattica, anche in una laparatomia ginecologica in donna con stenosi pelvica.

Prof. COSTA (Novara). — I limiti della sua operazione non debbono andare al di là di 83-85 mill. di C. V.

Dopo quelli qui riferiti sono 12 i parti seguiti in antiche sinfisiectomizzate. I due casi del prof. Vercesi nei quali dovè ripetersi il taglio cesareo dopo sinfisiectomia, questi a detta dell'O. non vanno inclusi nella statistica (C. V. inferiore ad 83 mill.). Circa la diastasi dei pubi nel parto dopo l'operazione, osserva che in una centuria di questa non fu osservata.

Prof. MASSAZZA (Genova). — *Osservazioni sulla funzione ovarica.* — Negli animali e nelle donne amenorroiche ebbe con iniezione di liquido follicolare una perdita sanguigna genitale notevole durata 3-6 giorni, che l'A. interpreta equivalente a flusso mestruale artificialmente provocato. Interpreta così l'O. la mestruazione, piuttosto che conseguente a spontanea disgregazione della mucosa giunta all'acme dell'evoluzione pre-gravidica, come effetto della congestione attiva indotta nell'utero dall'iniziarsi di nuova maturazione follicolare.

Discussione.

Prof. NAMIAS (Mantova). — Ricorda l'azione degli estratti opoterapici (endovarina) a far cessare le turbe congestive che seguono alla soppressione delle mestruazioni da raggi X.

Dott. MOMIGLIANO (Roma). — Considerato, nelle esperienze dell'O., il liquido follicolare come vettore di ormoni ovarici, il suo passaggo in circolo avviene nel momento della deiscenza del follicolo, ovvero durante la sua maturazione? La lipamina di Seitz, Wintz e Fingerhut, che defluirebbe attraverso il punto di rottura del follicolo può esser identificata con i supposti ormoni contenuti nel liquido follicolare.

Dott. MASSAZZA (Genova). — Pensa che l'assorbimento dell'ormone ovarico sia precoce ed avvenga con l'inizio della mestruazione. Non ha eseguito ricerche chimiche sul liquido follicolare.

Dott. P. MANDRUZZATO (Trieste). — *La reazione di Wassermann nel sangue di donne in travaglio di parto.* — Molte reazioni positive divengono negative dopo pochi giorni nel sangue retroplacentare. La positività del sangue R. Pl. è dovuta a lue o ad una reazione specifica. Il parto per sè può dare la positività della reazione, perciò l'O., a decidere se è presente lue, si vale della riattivazione iniettando neos. e ripetendo la reazione il giorno seguente. Ha visto così ritornare la reazione positiva. Questo modo di procedere si dimostrò utile a riconoscere i casi di lue.

Dott. A QUARANTOTTO (Trieste). — *La stomosino-terapia nelle infezioni puerperali.* — Il rimedio si dimostrò efficacissimo in 130 casi curati per via intradermica, endomuscolare, endovenosa, sia a scopo proflattico sia a scopo curativo. La reazione violenta delle iniezioni endovenose non è temibile. La cura deve essere iniziata presto per riuscire. Nella peritonite conclamata è inefficace.

Discussione.

Prof. GAIFAMI (Bari). — Le forme puerperali lievi della statistica dell'O. sarebbero, come sempre, guarite con qualunque terapia. Quelle gravi, nelle quali egli ha pure sperimentato la stomosina, finirono pure con la morte.

Prof. SANTI (Trieste). — Il rimedio che più gli ha corrisposto è la stomosina Centanni da lui fatta usare molto largamente e sistematicamente, sempre precocemente per averne più sicuro successo.

Dott. QUARANTOTTO (Trieste). — Insiste sull'efficacia del rimedio.

Dott. GIOVANNI M. CORDA (Pisa). — *Il comportamento degli organi genitali interni in seguito a tiroidectomia totale e parziale.* — Ha fatto ricerche sperimentali; i risultati confermano i rapporti d'interdipendenza funzionale fra tiroide ed organi genitali femminili, ammessi dall'indagine clinica. L'O. dimostrò tale interdipendenza constatando dopo la tiroidectomia diminuzione di peso e volume, modificazioni istologiche negli organi sessuali degli animali sacrificati.

Discussione.

Prof. FORNERO (Modena). — I resultati suoi sono per tali esperienze uguali a quelli dell'O. Domanda se egli ha fatto ricerche istochimiche.

Dott. CORDA (Pisa). — Non ha fatto ricerche istochimiche.

Dott. O. DA RE (Pisa). — *Correlazioni timo-surreno-genitali.* — Esperimentò in 20 conigliette stimizzate e poi sacrificate dal 15° al 120° giorno. Per i risultati delle sue ricerche l'O. conclude ammettendo, che dopo la stimizzazione l'ovaio primitivamente si alteri causando in secondo tempo l'ipertrofia surrenale.

Prof. P. PICCININI (Milano). — *Terapia italiana nel campo dell'Ostetricia e della Ginecologia.* — Esalta l'attività italiana in questo campo, specialmente per le secrezioni interne in ginecologia e la derivante opoterapia, così per la terapia ostetrica propriamente detta, per la crenoterapia e la talassoterapia. Conclude l'O. che in ogni campo della terapia possiamo valerci di rimedi di cui siano italiani il concetto scientifico e la produzione tecnica.

Prof. L. A. OLIVA (Genova). — *Cistomi ovarici da raggi X.* — Tre casi clinici osservati ed operati dall'O. lo fanno schierare fra quelli, che ammettono che i raggi X possano se non provocare per lo meno accelerare lo sviluppo di cistomi preesistenti. Casi analoghi della letteratura conforterebbero l'O. in questa tesi.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Riferisce un caso nel quale i raggi X determinarono un rapido sviluppo di un cistoma.

Prof. FORNERO (Modena). — Osserva che nel campo sperimentale è stato dimostrato come per i raggi X si possa provocare la formazione di un sarcoma classico.

Dott. SCHIAFFINO (Genova). — *L'emorragia da gravidanza extrauterina richiede sempre intervento operativo? E quando.* — Trentacinque casi di gravid. extrauterina, trattati prima medicalmente (compensi emostatici ed eccitanti contro lo shoc), operati tardivamente a condizioni generali delle pazienti ristorate, finirono bene (un solo caso di morte). Patrocina simil programma terapeutico.

Discussione.

Prof. PESTALOZZA (Roma). — Qualunque ritardo nell'operare la gravid. extrauterina non può che peggiorare le condizioni dell'intervento. La tesi dell'O. è certo pericolosa e più pericolosa diverrebbe se fosse diffusa. Per essa le malate arriverebbero tardi all'operatore. L'intervento immediato non deve esser ritenuto più grave. Ha operato oltre 700 casi di gravid. extraut. solo con l'1 % di morte.

Prof. OLIVA (Genova). — La tesi del dott. Schiaffino deve esser accolta con le riserve da lui stesso indicate. Solo allora se ne hanno i buoni resultati in rapporto alle migliori condizioni operatorie.

Prof. MICHELI (Roma). — La tesi dell'O. non può esser accettata. Operare tardivamente significa far perdere alla donna un tempo prezioso ed esporla a serio pericolo. Ognuno di noi conosce casi nei quali la diagnosi misconosciuta condusse le donne a morte. Fatta la diagnosi, devesi operare subito e più presto che per la diagnosi di tumore maligno. Oltre i pericoli dell'indugio la donna, se arriva alla tarda operazione, presenterà allora più difficili condizioni operatorie (aderenze, fatti pelvi-peritonici anche lievi, ecc.). La sorveglianza patrocinata dall'O. nell'attesa dell'operazione per lo più non può esser così severa come il caso richiederebbe.

Prof. ALFIERI (Pavia). — È in massima per l'intervento pronto, salvo i casi di ematocele già delimitato. In pratica mentre con l'intervento immediato sistematico, anche ad emorragia già arrestata non si viene affatto a peggiorare la prognosi, nell'attesa invece sia pur limitata, ad emorragia in atto non si fa che perdere un tempo preziosissimo. La cura aspettante potrà forse esser giustificata di fronte alla necessità del trasporto della malata.

Prof. RIZZATTI (Modena). — Pubblicò quattro anni fa 22 casi di gravid. extraut. trattati con la cura aspettante: tutti guariti. A limitare la emorragia ha trovato utile tener la donna a spalle rialzate, perchè la massa intestinale costituisca uno zaffo all'ingresso del bacino.

Prof. SANTI (Trieste). — È per l'intervento immediato. Teme nell'indugio le cause di sepsi, dannose poi nella tardiva operazione, le complicazoni di tenaci aderenze, ecc.

Prof. GUZZONI (Modena). — Interviene a seconda dei casi; non attende che passi molto tempo, solo quanto basta per esser sicuri che l'emorragia è sospesa. Riferisce dei casi guariti con la attesa. Naturalmente in caso di aggravamento è pronto ad operare.

Dott. PARODI (Genova). — *La reazione di Fähreus modificata da Henckel.* — La reazione di Henckel permette in 5 minuti di dare i resultati che la Fähreus solo dopo ore può dare. Su 224 esperienze comparative dimostra la r. di Henckel preferibile nei casi d'urgenza.

Dott. MATERA (Bari). — *Le applicazioni cliniche della velocità di sedimentazione delle emazie.* — Ha fatto la prova in 180 casi in gran parte di ginecologia. Mette in evidenza il valore pratico della velocità di sedimentazione delle emazie, sia per la diagnosi che per la prognosi prima di ogni intervento ginecologico, specie se contemporaneamente alla conta dei globuli bianchi. Bisogna astenersi da ogni intervento se la sedimentazione sorpassa i 50 mm. nella prima mezz'ora della prova.

Discussione.

Prof. OLIVA (Genova). — La reazione di Fähreus modificata da Henckel è degna di esser applicata quando occorre saggiare con rapidità il valore di sedimentazione dei corpuscoli sanguigni.

Prof. GAIFAMI (Bari). — Non vede la necessità dell'urgenza nella pratica. La Fähreus può entrare nella pratica di ogni medico.

Dott. PARODI (Genova). — La rapidità dei risultati ottenuta con la modificazione di Henckel in certi casi può esser necessaria.

Dott. MATERA (Bari). — La tecnica di Fähreus è più semplice.

Dott. V. DOGLIOTTI (Genova). — *Sostituzione del liquido amniotico con siero fisiologico nella rottura precoce delle membrane.* — In 26 casi di rottura precoce delle membrane ha iniettato da 250 cc. a 600 della soluzione fisiologica nella cavità endoamniotica, anche in qualche caso di sofferenza fetale con questa tecnica: introduzione contemporanea di un sacchetto di Champetier e di una cannula di Nelaton n. 20 nell'orificio uterino; iniezione attraverso la Nelaton del siero fisiologico. Non si ebbero complicazioni. Il puerperio sempre regolare. I risultati utili furono: scomparsa della sofferenza fetale, distenzione dell'utero retratto, in un caso da permettere il rivolgimento classico dopo 28 ore di rottura delle membrane: acceleramento del travaglio in ogni caso.

Discussione.

Prof. GAIFAMI (Bari). — Le indicazioni per la proposta dell'O. debbono esser ben rare. Anche il dott. Cetroni fece una proposta analoga, non attuata. Il pericolo di sepsi per tutte le manovre necessarie per l'introduzione del pallone è evidente specie nella pratica comune.

Prof. CAPPELLANI (Messina). — Domanda se lo acceleramento del parto più che al liquido introdotto non si debba piuttosto al pallone di Champetier.

Prof. MICHELI (Roma). — La proposta dell'O. non può esser portata nella pratica professionale.

È bene essa rimanga ancora nell'esperienza e nelle Cliniche o nelle grandi Maternità.

Prof. OLIVA (Genova). — Nelle mani degli esperti questo metodo si dimostrò utile.

Dott. DOGLIOTTI (Genova). — L'idea della sostituzione del liquido amniotico venne appunto dalla Clinica di Bari (dott. Cetroni). È inteso che il metodo deve esser eseguito da mano esperta.

Dott.ssa ARCIERI e LEVINA (Roma). — *Su alcuni casi di parto indolore col metodo di Gellert.* — La tecnica è semplice: Iniezioni paracervicali di novocaina (1 %) adrenalina ed estratto ipofisario. Iniezione del pudendo di novocaina (2 %) pure con adrenalina ed estratto ipofisario. Il metodo è del tutto innocuo. La durata del travaglio abbreviata. La dolorabilità sempre attenuata in periodo dilatante, scomparsa in periodo espulsivo. La tecnica è semplice.

Discussione.

Prof. BIGNAMI (Cremona). — Il metodo è encomiabile e può esser portato nella pratica, persino affidato a levatrici.

Prof. GAIFAMI (Bari). — Ha esperimentato la anestesia del collo uterino in caso d'interruzione di gravidanza nei primi mesi. Non solo la diminuzione del dolore ma vide una maggiore cedevolezza del canal cervicale. Non crede che il metodo possa esser in mano a levatrici.

Dott.ssa ARCIERI (Roma). — Ringrazia il prof. BIGNAMI. Anche Ella si propone di adoperare il metodo in Ginecologia.

Prof. FERRARESI (Camerino). — *Straordinario «Hydrops uteri profluens» nel carcinoma del corpo.* — In un carcinoma in donna giovane (23 anni) si ebbe uno scolo, minimo da principio, che più abbondante dura minuti, precedente il flusso mestruale e vale ad aumentare il volume dell'utero fino a quello del V mese di gravidanza. Crede i rapporti fra il carcinoma ed il flusso siano indiretti; pensa che per il carattere premestruale si debba ritenere piuttosto di natura neuroendocrina di origine ovarica.

Dott. E. GALLO (Cosenza). — *Tre casi di idramnios concomitanti ad un identico tipo di mostruosità fetale.* — Presenta fotografie dei tre feti acranici pseudo-encefalici. Tutte e tre le donne avevano notevole idramnios. L'O. conclude per una genesi comune delle deformità fetali e dell'idramnios, rappresentata dalla sifilide.

Prof. PINI F. (Modena). — *Un caso di ipertrofia mammaria da gravidanza.* — La ipertrofia si ripetè in sei gravidanze successive ad una prima, terminata con parto regolare e regolare accrescimento del seno. La ipertrofia mammaria in quattro rese necessaria l'interruzione al quarto ed al settimo mese mentre nelle altre due si verificò spontanea. Importante che mentre nella prima gravidanza si erano mantenute le mestruazioni, in tutte le altre si ebbe regolare sospensione dei mestrui fin dal primo mese.

(*Continua*).

VII Congresso Italiano di Radiologia Medica.

Nei giorni 14, 15, 16 ottobre è stato tenuto a Napoli, sotto la presidenza del prof. P. SGOBBO, il VII Congresso italiano di radiologia.

Alla cerimonia inaugurale, tenuta nell'Aula Magna dell'Ateneo napoletano, sono intervenuti: il R. commissario comm. Montuori; il presidente della Deputazione on. Girardi; i senatori Pascale e Cocchia; il generale Ago; il prof. Sbriscia in rappresentanza dell'alto commissario comm. Castelli, ecc.; e tra i radiologi i proff. di ruolo Sgobbo (presidente del Congresso), i proff. Maragliano, Perussia, Busi; gli incaricati nelle varie Università: Bertolotti, Balli, Palmieri, Milani, Rossi, Siciliano, Epifanio, ecc. e quasi tutti i radiologi iscritti nella Società.

Il prof. CANTONE, in rappresentanza del rettore magnifico prof. Bottazzi, porta il saluto deferente al congresso.

Parla quindi il R. commissario comm. MONTUORI.

Il prof. SBRISCIA reca ai convenuti il saluto dell'alto commissario Castelli.

Il dott. TANDOIA, presidente della Società di Radiologia, ringrazia i convenuti che sono accorsi numerosi al congresso.

Il prof. SGOBBO rileva l'importanza della radiologia fra le discipline mediche e fa notare il progresso che la radiologia ha raggiunto in questi ultimi anni e l'utilità della radiologia nella grande guerra; fa osservare come i temi da lui proposti abbiano una notevole importanza, specialmente nei riguardi della lotta contro il cancro; come il campo delle radiazioni si estenda oltre alla radiazione Roentgen e del radium alle radiazioni luminose visibili e invisibili, e sprona i colleghi tutti a prendere in considerazione il complesso delle radiazioni e di portare largamente ai congressi il frutto dei loro studi; raccomanda l'unificazione dei servizi radiologici dei vari Istituti e si rallegra del numero delle comunicazioni presentate.

Il Presidente dichiara quindi aperto il congresso e invita i congressisti a visitare ufficialmente la Mostra di apparecchi.

*
* *

Nella seduta pomeridiana si delibera l'invio di un telegramma al Primo Ministro e si leggono le adesioni ricevute: S. E. Fedele, S. E. Castelli, ammiraglio Biscaretti, Vincenzo Bianchi, prof. Wintz, prof. Holzknecht, ecc.

Si inizia quindi lo svolgimento del tema: *Direttive della Roentgenterapia del cancro;* il tema è stato affidato al prof. EPIFANIO (per la parte radiologica) e al prof. LUPO di Torino (per la parte radium).

Il prof. EPIFANIO nota che le leggi che regolano i fenomeni biologici, che stanno a fondamento della roentgenterapia del cancro, sono in via di revisione per le numerose eccezioni incontrate nell'esperienza clinica. I postulati di ERLANGEN acqui-

stano un valore relativo; i fenomeni di elettività citolitica non sono che una parte della base biologica della roentgenterapia. La mitosi corrisponde a una elevazione della radiosensibilità, ma non è l'esclusivo momento: il periodo intercariocinetico è anche esso utile per lo sviluppo delle azioni citolitiche. Se col radium è possibile colpire le mitosi per la sua applicazione continuativa, il calcolo del tempo nella applicazione intermittente dei raggi dimostra che la loro azione in modo prevalente si svolge nei periodi intercariocinetici.

Sommandosi gli effetti della energia Roentgen, ripetuti nella medesima generazione cellulare e nelle generazioni successive, si arriva al progressivo esaurimento del potere proliferativo. La clinica ha dimostrato che il concetto di dose canceridica è attuabile eccezionalmente: l'azione citolitica dei raggi si svolge per gradi, colpendo il maggior numero di generazioni cellulari che si succedono: l'intermittenza della applicazione dei raggi deve essere regolata dalla durata approssimativa del periodo intercariocinetico. Nella roentgenterapia del cancro il punto cui bisogna mirare non è la scomparsa tumorale quanto l'arresto delle invasioni, cioè la zona di infiltrazione e di invasione. Alcuni cancri non fondono sotto l'azione dei raggi ma sono arrestati nel loro progresso: altri fondono ma conservano alla periferia il carattere di invasione. Questo fatto capitale è legato coi momenti patogenetici del cancro e colle disposizioni anatomiche dell'organo ecc. Ne consegue che al concetto di radiosensibilità bisogna sostituire il concetto di guaribilità, al criterio istologico il criterio clinico.

I cancri si possono dividere in due categorie: cancri degli organi della vita di relazione; cancri degli organi della vita vegetativa: nella prima categoria vanno compresi i cancri del seno, dell'utero, dell'ovaio, del testicolo, del laringe e gli epiteliomi cutanei; nella seconda i cancri del canale digerente e degli organi annessi. I cancri della prima categoria sono più o meno suscettibili di guarigione; i secondi eccezionalmente guaribili.

La dottrina dell'attività biologica specifica delle radiazioni, sostenuta fra i primi da GHILARDUCCI e dalla sua scuola, trova ogni giorno nuove conferme: essa va presa con senso di relatività, e procedendo dai raggi beta ai raggi X e ai raggi gamma si passa in modo quasi insensibile, e per sovrapposizione dall'azione necrotica all'azione flogogena all'azione connettivogena all'azione citolitica elettiva attraverso ai gradi della metamorfosi regressiva e della siderazione cellulare.

A parità ionometriche gli effetti biologici sono spostati: le misure ionometriche non ci danno esattamente l'indice dei valori quantitativi riferiti alla dose eritema variando con la tensione: urge la definizione dell'unità di misura. La relazione considera infine la questione della distribuzione della dose nei tessuti e nel tempo e passa in rassegna le varie statistiche italiane ed estere.

Il prof. LUPO rileva che la sensibilità della cellula di fronte ai raggi X è variabile con lo stato vitale della cellula stessa e della sua attività, ed espone la tecnica delle applicazioni di radium sostenendo che essa deve tendere alla guarigione in un'unica seduta o in sedute molto ravvicinate con l'applicazione della minima dose attiva, tenendo conto che la cellula del cancro diviene gradualmente resistente mentre la cellula sana si fa sempre più fragile. Il relatore preferisce anche nei riguardi delle reazioni organiche alle irradiazioni a forti dosi e di breve durata, oramai eccezionalmente adottate, quelle di dosi più attenuate applicate per più lungo periodo di tempo; e nella sua esperienza ritiene necessaria anche l'irradiazione preoperatoria a mezzo del radium.

WINTZ in una sua comunicazione letta dal Tandoia ritiene che la terapia del cancro è suscettibile ancora di profonde modificazioni e che le statistiche radiologiche diverranno sempre migliori se il paziente sarà sottoposto in modo tempestivo alle applicazioni stesse. LACASSAGNE dell'Istituto Pasteur ritiene che a parte alcune controindicazioni i motivi essenziali che determinano la scelta del provvedimento terapeutico sono dati dalla radiosensibilità, dalla sede e dall'estensione della neoplasia e il relatore riassume i suoi concetti nel seguente schema: la chirurgia è abitualmente preferita negli epiteliomi della mammella, del corpo dell'utero, del tubo digerente e ghiandole annesse; la curieterapia è preferita nel trattamento della pelle, cavità boccale e collo dell'utero; la roentgenterapia, faringe, laringe, esofago, sarcomi.

Moltissime le comunicazioni sull'argomento. Il prof. STANZIALE in una brillante relazione fa rilevare i progressi e le cure vantaggiose ottenute nell'Istituto fotoradioterapico da lui fondato: il GUARINI radiologo dell'Istituto stesso comunicava i risultati ottenuti su 1600 cancerosi dal 1922 ad oggi; MAMELI SPINELLI ha trattato della cura del cancro dell'utero; PALMIERI sul trattamento insulinico in cancri di individui glicosurici; CERESOLE sulla irradiazione antioncogena delle ghiandole endocrine, ecc.

Il prof. ADINOLFI di Napoli è stato il relatore sugli apparecchi ad altissimo potenziale e radiazioni. Il problema della terapia profonda non deve essere ricondotto all'impiego di potenziali elevatissimi poichè dall'un canto nulla si guadagna per la frazione di energia impegnata al di là di un certo limite dei potenziali e dall'altro canto si va incontro a numerosi inconvenienti fra i quali quello tanto lamentato dell'azione a distanza anche attraverso muri di notevole spessore. Quanto agli apparecchi che la tecnica moderna fornisce ai radiologi non pare che debba chiedersi di più nei riguardi dei sistemi produttori di alta tensione: le case costruttrici italiane offrono trasformatori che rappresentano quanto di meglio si possa desiderare. È da augurarsi invece che i tubi roentgen diano un più elevato rendimento essendo il presente appena dell'uno per mille. Il problema dell'azione in profondità può essere risolto anche col portare in seno ai tessuti (ionoforesi) sostanze di elevato peso atomico.

ROSSI è l'ultimo relatore sui mezzi di contrasto nella diagnosi radiologica delle lesioni polmonari. I mezzi impiegati sono due: il pneumotorace e l'iniezione di olio iodato. Per l'iniezione di olio iodato o si può seguire la via endotracheale (metodo francese) o il metodo transparietale (metodo italiano). L'iniezione di olio iodato è utilissimo nelle bronchiectasie del bambino e dell'adulto: le broncorree purulente si differenziano per la assenza di dilatazioni ampollari: le pleuriti incistate per la mancata loro iniezione per via endotracheale e se occorre per la dimostrazione di immagini cavitarie atipiche alla prova transparietale: uguale comportamento si osserva per l'ascesso pneumonico allo stato di cronicità: non è invece possibile la diagnosi differenziale con la tubercolosi cavitaria.

Nelle sindromi pleuriche e nei versamenti della grande cavità lo studio comparativo dei segni stetoscopici di versamento e dei rilievi ottenuti con l'impiego sistematico del pneumodiagnostico dimostra che i primi sono tanto più completi quanto è meno abbondante il versamento e che sono prodotti dall'addensamento del parenchima polmonare. Inoltre se si ricorre alla iniezione dei due olii (galleggiante e pesante) nella parte superiore del versamento si può delimitare contemporaneamente il limite superiore e l'inferiore. Nelle pleuriti con versamento della grande cavità l'impiego sistematico del pneumotorace diagnostico dimostra la presenza frequente di pleuriti incistate concamerate o bloccate anche dove la clinica presenta i segni di versamento libero o lascia sospettare pleuriti bloccate o una splenopolmonite per la negatività della puntura. Nelle pleuriti sierofibrinose le forme incistate sono la regola, le concamerazioni sono più o meno numerose a seconda dei casi e vanno generalmente aumentando di numero se l'affezione volge a guarigione; se invece il versamento volge al purulento le concamerazioni si riducono notevolmente fino a scomparire; infine hanno tendenza a sistematizzarsi. La loro comparsa avviene a volte subito all'inizio del versamento (primitive); a volte durante il decorso della pleurite (secondarie). Molte altre indicazioni trovano e il pneumotorace diagnostico e le iniezioni iodate sia nelle varie forme di pleurite sia nelle varie sindromi polmonari: in genere il pneumotorace diagnostico trova la sua netta indicazione nello studio delle pleuriti della grande cavità ed in quelle diverticolari; è pure di grande utilità per lo studio indiretto delle sindromi polmonari di addensamento o cavitarie. Il pneumopericardio si impiegherà per la diagnosi differenziale fra pericardite e pleurite mediastinica essudativa. Il metodo delle iniezioni endotracheali è particolarmente indicato nello studio delle affezioni bronchiali croniche e di tutte le cavità patologiche che si formano a spese dei bronchi e cioè dall'interno del bronco alla periferia (bronchiectasie, caverne, ascessi broncopneumonici e metastatici). Ma anche nello studio indiretto delle cavità patologiche che dalla pleura o dal polmone si aprono nei bronchi questo metodo può riuscire prezioso confermando con un reperto negativo la origine extrabronchiale della raccolta secondariamente aperta nel bronco.

Il metodo transparietale è particolarmente indicato nello studio delle cavità patologiche che dalla pleura o dal polmone si sono aperte secondariamente nel bronco ed ancora di quelle raccolte che non essendo ancor fistolizzate sono aggredibili dalle pareti toraciche. L'associazione dei vari metodi trova la sua indicazione sia per studi semeiotici sia per complemento diagnostico in casi dubbi sia ancora a scopo terapeutico (rendere possibile un pneumotorace nel corso di pleuriti tubercolari). In complesso i mezzi di contrasto secondo il relatore sono un reale perfezionamento di tecnica che possono far risolvere i più ardui problemi diagnostici e patogenetici: se opportunamente impiegati sono innocui anzi possono essere utili a scopo terapeutico. Però questi mezzi per le difficoltà a loro inerenti non possono essere impiegati ambulatoriamente o privatamente.

Moltissime sono state le comunicazioni sull'apparato respiratorio, sull'apparato digerente, ecc.: ricordiamo tra le altre: quella di Piergrossi (il sistema delle chiuse gastriche); di Podestà (ricerche col pasto insufflato); di Vespignani (sul tenue e sul duodeno); di Vietti (sul Tenia); di Campione (aneurismi e iniezioni glucosate nella radioterapia dei cancri); di Bellucci (polmoniti lobari-pneumotorace); Milani (studio radiologico sulle aritmie e sulla funzionalità polmonare); Tandoia (colecistografia); Attili (radioterapia, artriti gonococciche e esiti lontani della radioterapia nell'Heine Medin); di Perussia, Ceresole, Gortan, Saraceni (su 2000 casi trattati con radioterapia intensiva); Vallebona, Zaccaria, Lapenna (meccanismo peristaltico dello stomaco); Pincherle, Alberti, Valdini, Giovetti, Nuvoli (iniezioni intrauterine nel campo della ginecologia e ostetricia; Cardinale (influenza dei raggi molli sui batteri); ecc., ecc.

*
* *

Una interessantissima mostra di apparecchi veramente grandiosa ha segnato il progresso della radiologia in Italia: abbiamo veduto le case Italiane (Balzarini, Gorla, Cardolle) presentare apparecchi che per eleganza, per solidità di costruzione, per perfezionamento di tecnica non hanno nulla da invidiare le case estere pur presenti alla mostra (Siemens); l'industria italiana è ormai pari, anzi direi superiore, alla industria straniera per originalità di apparecchi e per eleganza di costruzione e pei nuovi tipi offerti al medico e accessibili a tutte le borse; l'industria dei tubi appare anche essa in Italia fiorente (Ferrero): si tende oggi a costruire nuovi tipi di ampolle completamente protette e spetta alla Casa Philips di avere lanciato sul mercato un tipo del tutto originale e che ha dato lo spunto ad altre case di costruire ampolle autoprotette per quanto differenti di costruzione.

MILANI EUGENIO.

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Note di medicina pratica.

W. Tyson (*British med. journ.*, 5 luglio 1924) osserva che la prognosi è un giudizio delicato che si affina con l'età del medico, o almeno col maggior numero di casi da lui osservati.

L'indagine diagnostica va spinta più oltre che si può con l'esame fisico, senza far ricorso a speciali ricerche, non sempre possibili. Tuttavia l'esame oftalmoscopico e laringoscopico dovrebbero essere eseguiti anche dal pratico, il quale, anche a saper riconoscere solo le lesioni grossolane, eviterebbe molti errori diagnostici.

I vomiti acetonici dei fanciulli, riconoscibili anche dalla speciale dispnea sono facilmente vinti dalla somministrazione di alcali e di glucosio, somministrati per qualunque via.

La diagnosi precoce di appendicite s'impone nei fanciulli, che mal sopportano operazioni lunghe e indaginose, quali sono necessarie in periodo tardivo. Il dolore può cominciare intorno all'ombelico nei fanciulli, e può esservi diarrea; la temperatura suole andar crescendo rapidamente. Dolori acuti ma di breve durata, senza febbre, sono di solito dovuti a errori dietetici.

In tutti gli interventi chirurgici occorre chiedersi quale vantaggio reale il paziente ne avrà da ultimo. Perciò nessun intervento va deciso senza il concorso del medico. Nel proporre un intervento non bisogna dimenticare che i casi più spiacevoli accadono talora per gli interventi più facili.

Si devono rendere edotti i pazienti del loro cattivo stato di salute? Generalmente no, perchè la speranza è un potente mezzo terapeutico: però se per ragioni di affari o religiose il paziente sinceramente desidera di sapere il suo stato, ed è di animo forte, l'A. crede lecito dichiarare la verità. Però ci vuole molta prudenza nella prognosi, perchè spesse volte, nei malati della pratica privata è più favorevole che in quelli di ospedale.

Verso i parenti e le conoscenze il compito del medico è facile se ha la completa fiducia: altrimenti deve spendere una certa somma di energia per non far suggestionare il malato e seguire tranquillamente la più indicata linea di condotta nel trattamento. Il pubblico dovrebbe sapere che l'onorario del medico comprende non soltanto la visita e la ricetta, ma il costante pensiero che il medico rivolge al malato pel suo consecutivo trattamento, nonchè le lettere, le telefonate, le interviste dei parenti e delle conoscenze, con tutto il disturbo e la fatica relativa.

Riguardo alle febbri alte di breve durata, l'A. pensa che spesso sia in causa una intossicazione di origine intestinale, o meglio una lieve infezione di origine intestinale; qualche volta ha osservato bacilluria da coli.

Nella peritonite tubercolare preferisce la cura medica alla chirurgica.

Ha spesso osservato eruzioni scarlattiniformi dopo ferite: sono dovute a sepsi attenuate.

La dispnea degli obesi, più spiccata dopo pasti abbondanti, deve far pensare a una lieve insufficienza cardiaca. Con pasti scarsi e frequenti e ben regolati, col riposo, e mantenendo aperto l'intestino spesso si vince.

DORIA.

L'acido tannico per il trattamento delle scottature.

Per il trattamento delle scottature F. W. Banefoh e C. S. Rogers (*Annals of Surgery*, lug. 1926) raccomandano vivamente l'acido tannico (già preconizzato da Davidson), in soluzione acquosa al 2.5-5 %, applicato mediante compresse, nel corso delle prime 24 ore. La cute sana non viene modificata in modo apprezzabile; invece quella ustionata assume un colore bruno-mogano e una consistenza di cuoio: si tannifica. La medicazione va poi rimossa, e la parte si tratta con aria riscaldata.

Siccome il tannino è dotato di debolissimo potere antisettico, va osservata un'asepsi rigorosa.

Questa medicazione combatte il dolore meglio di qualsiasi altra; impedisce l'infiltrazione; facilita la riparazione. Presenta anche il vantaggio di non macchiare affatto la pelle e di macchiare poco e non indelebilmente la biancheria.

Anche Beck e Powers (*ibidem*) raccomandano il metodo e sollecitano a renderlo popolare. La soluzione può essere allestita da chiunque, versando 4 cucchiaini (rasi) di polvere secca in un buon bicchiere d'acqua: si ottiene così una soluzione del 2.5 % incirca. L'acido tannico può procurarsi senza difficoltà. Si conserva indefinitamente. Dovrebbe entrare a far parte di tutti gli armamentari per il pronto soccorso, nelle fabbriche, nelle miniere, nei viaggi d'esplorazione, ecc. La soluzione si può applicare sia in compresse, sia mediante polverizzazioni (e anche per immersioni ripetute della parte).

VERNEY.

Resezione dei tessuti che coprono il patereccio.

La terapeutica abituale usata nel patereccio consiste nella incisione più o meno ampia del focolaio con drenaggio consecutivo e nella maggio-

ranza dei casi seguito da irrigazione con liquido di Carrel.

La semplice incisione presenta degli inconvenienti: i successivi cambi di medicatura riescono molto dolorosi e per conseguenza non è sempre facile realizzarli con la dovuta energia; i germi che si formano a livello del tessuto cellulare sottocutaneo prolificano in eccesso e restringono la breccia, circostanza che ritarda la guarigione obbligando molte volte a ricorrere al cucchiaio; in ultimo la semplice incisione, per quanto ampia, suole essere insufficiente a dominare il processo. A tutto ciò bisogna aggiungere le cicatrici deformi con retrazioni tendinee più o meno definitive.

Arce (*Boletin de Clinica Quirurgica*, dic. 1925) ritiene di ovviare a questi inconvenienti con una speciale operazione che consiste nella resezione di tutta la pelle, del tessuto cellulare e dell'aponeurosi che coprono il patereccio in modo da lasciarlo ampiamente aperto e in relazione con l'esterno.

A seconda del caso la resezione deve arrivare in profondità fino ad incontrare tessuto sano e non adottare la forma ad imbuto.

Quando l'infezione è passata alle guaine tendinee, si realizzano varie resezioni scanalate al largo dei tendini lasciando punti di pelle sana che serviranno posteriormente per la cicatrizzazione e per evitare retrazioni cutanee e tendinee molto difficili a correggere. Approfittando delle medicature giornaliere si fa immergere la mano per dieci-quindici minuti in una soluzione calda di formolo all'1 %.

L'A. afferma di aver sempre usato questo speciale trattamento e di aver ottenuto sempre risultati molto soddisfacenti. F. CASSITTO.

Estrazione di un ago da parti profonde del corpo.

R. Faggioli (*La Semaña medica*, marzo 1926) ha osservato un bambino in cui era penetrato un ago alla parte sinistra dell'epigastrio, penetrando nello stomaco e collocandosi trasversalmente. Si vedeva la piccola ferita prodotta dalla puntura e si avvertiva la resistenza trasversale lineare data dall'ago.

Allo scopo di evitare un intervento cruento che poteva essere pericoloso, l'A. decise di estrarre l'ago per mezzo della pressione. Mise le mani sull'epigastrio, facendo in certo modo appoggiare l'ago sulla colonna vertebrale; poi, mettendo le tre dita delle mani un po' più profondamente che gli estremi dell'ago esercitò una forte pressione, come per riunire i tessuti collocati al disotto, innalzando al tempo stesso l'ago ed obbligando la sua parte puntuta, che doveva essere quella di destra, ad affacciarsi al lato corrispondente dell'epigastrio. In tal modo, potè vederla uscire dalla cute per pochi millimetri e, senza abbandonare la pressione, la fece afferrare da un assistente con una pinza ed estrarre. L'ago era sottile, ossidato e della lunghezza di cm. 4 e mezzo.

Si potè in tal modo compiere in pochi minuti l'estrazione per cui sarebbe stata altrimenti necessaria un'operazione indaginosa e pericolosa. *fil.*

L'estrazione degli aghi infissi nei tessuti.

D. Taddei (*Giornale del Medico pratico*, n. 12, 1925) nota che gli aghi, o i frammenti di essi, che si trovano infissi in svariate parti del corpo, contrariamente a quanto si crede, sono di rado mobili o spostabili. Ciò però avviene, sebbene in piccola misura, per gli aghi infissi nei muscoli. Inoltre gli aghi infissi nei vasi, possono persino raggiungere il cuore, e quelli deglutiti possono o soffermarsi lungo il tratto intestinale, od essere emessi dall'ano. Nei casi più frequenti, in cui l'ago resta infisso vicino al punto d'introduzione, è utile accertarsi radiograficamente della sua esatta posizione. Dopo di che, procedere all'estrazione nel seguente modo: anestesia generale o locale; emostasi quando si opera sugli arti, affinchè le emorragie non celino il corpo estraneo; incisione perpendicolare e molto obliqua all'asse dell'ago; estrazione del medesimo; ricostruzione a strati dei tessuti lesi. M.

NOTE DI MEDICINA SCIENTIFICA.

Sul meccanismo della secrezione pancreatica.

J. Mellamby (*Lancet*, 31 luglio 1926) rileva che la mucosa del duodeno e del tenue contiene, in varia misura secondo i vari animali la prosecretina: essa è estraibile con l'alcool, ed è ottimamente attivata dalla bile, la cui reazione alcalina sia attenuata dal contenuto acido dello stomaco. La secretina agisce poco iniettata direttamente nella vena femorale, meno ancora nella porta: assorbita dall'intestino insieme con gli acidi biliari provoca una forte secrezione di succo pancreatico: la secrezione è quasi identica a vago paralizzato.

La stimolazione del vago è capace di provocare di per sè una secrezione di succo pancreatico più scarso, ma più ricco in enzimi, sebbene della stessa alcalinità, di quello provocato dalla secretina. La secretina non ha alcun effetto sulla secrezione interna del pancreas, nè sul metabolismo dei carboidrati. DORIA.

Sulle funzioni delle capsule surrenali.

F. G. Banting e S. Gairhs (*Am. Journ. Physiol.*, giugno 1926), a conferma di precedenti ricerche, hanno osservato che la parte midollare dei corpi adrenali, nella quale è prodotta l'epinefrina o adrenalina, può essere distrutta mediante il cautere, senza che la salute dell'animale venga alterata, mentre l'epinefrina non basta a salvare gli animali dopo la surrenelectomia. Queste ricerche conducono ad ammettere che la parte essenziale dei corpi adrenali sia la corteccia, non la midolla.

I reperti *post mortem* dei cani surrenectomizzati — ingrossamento delle glandole linfatiche, nefrosi, degenerazione del parenchima epatico — indicano come probabile un accumulo di prodotti tossici. Questa deduzione è confermata dalla tossicità del sangue. La dieta proteinica affretta la intossicazione e la morte di cani parzialmente surrenectomizzati.

Gli animali surrenectomizzati dai due AA. sono stati ulteriormente studiati da G. H. W. Lucas (*ibidem*), il quale ha trovato che il loro sangue è molto più concentrato del normale; esso è risultato particolarmente ricco di azoto totale (urea e in genere azoto non proteico), mentre la quantità di colesterolo non si modifica; aumenta la proporzione della parte corpuscolare e si riduce quella dei cloruri. Questi reperti sembrano indicare una riduzione della capacità filtrante dei reni.

Nell'insieme, le ricerche riferite portano ad ammettere di nuovo l'antico assunto della funzione disintossicante dei corpi adrenali. Questa deduzione si applica alla corteccia. Quanto alla midolla, non resta, per ora, che invocare l'ipotesi di Cannon, secondo cui il meccanismo neurosecretorio di essa viene posto in gioco solo in casi di necessità, durante le forti fatiche fisiche o neuropsichiche, e in tali casi essa elabora dell'adrenalina, che fa innalzare la tensione arteriosa e per tal modo assicura la sanguificazione dei muscoli e del sistema nervoso. L. V.

Influenza della tiroide sullo sviluppo dei peli.

H. C. Chang (*Amer. Journ. Physiol.*, agosto 1926), dell'Università di Chicago, ha accertato che in animali stiroidati lo sviluppo dei peli si rallenta, mentre in animali nutriti con tiroide lo sviluppo stesso si accelera, anche se l'animale è iponutrito e se il peso del corpo si riduce. Questi risultati concordano con osservazioni ben note: nel cretinismo e nel mixedema, in cui si ha ipofunzione della tiroide, è frequente la caduta dei capelli; per solito la medicazione tiroidea vi oppone un riparo; viceversa in certi casi d'ipertiroidismo si ha uno sviluppo esagerato dei capelli. Resta da accertare quale componente della tiroide entra in gioco. L. V.

POSTA DEGLI ABBONATI.

Al dott. P. A. da G.:

Per gli ufficiali del corpo sanitario militare o marittimo che desiderano avere l'abilitazione a medico di bordo, l'ultima disposizione di legge prescrive che essi debbano dimostrare di aver compiuto almeno sei anni di servizio effettivo e che abbiano frequentato per un minimo di sei mesi un corso ufficiale di perfezionamento in ostetricia e pediatria separatamente. E' anche ammesso che possano sostenere un esame in tali discipline.

Peraltro, circa l'applicazione di tale norma legislativa, manca un regolamento che la chiarisca, e in ogni modo dovrà essere bandita un'apposita sessione di concorso che per ora fu bandita solo per esame generale. Per detti ufficiali non è posto alcun limite di età. La disposizione è contenuta sulla *Gazzetta Ufficiale* del 30 dicembre 1925.

R.

All'abb. n. 10793-4:

Non esistono speciali disposizioni che regolino il servizio militare da prestarsi dai laureati in medicina appartenenti alla leva di mare. Esiste tuttavia la scuola per ufficiali medici della marina in Napoli la quale per altro fu istituita a solo titolo di perfezionamento.

Se ella è inscritto alla leva di mare può frequentare la scuola di sanità di Firenze e alla promozione a sottotenente domandare di essere iscritto tra gli ufficiali medici di complemento della Regia Marina, il che sarà facilmente da lei ottenuto essendo iscritto alla leva di mare.

R.

Al dott. N. M. da F., abb. n. 12560:

Iniezione intracardiaca di adrenalina. — Si usa la consueta soluzione al millesimo iniettandone 1-2 cmc. Per la tecnica da seguire veda i manuali di tecnica medica e particolarmente la *Tecnica terapeutica ragionata* di B. MASCI. L. Pozzi, ed., Roma.

Inconvenienti da iniezioni di adrenalina. — In linea generale è consigliabile di astenersi dalle iniezioni di adrenalina nel trattamento delle emorragie viscerali. Quando si manifestino i fenomeni di intolleranza (che generalmente sono passeggeri) si tenteranno con prudenza i vaso-dilatatori (nitrito d'amile); sono consigliate anche le sostanze (acidi diluiti) capaci di decomporre l'adrenalina, ma è da ritenersi che tale azione sia almeno dubbia.

Liquido di Dakin. — Lo si prepara sciogliendo g. 140 di carbonato di sodio anidro in 10 litri di acqua ed aggiungendovi g. 200 di cloruro di cal-

ce. Si agita, si lascia depositare per mezz'ora, si filtra attraverso cotone e si aggiunge al filtrato dell'acido borico in quantità di g. 40.

Lo si usa per lavaggi antisettici, irrigazioni, ecc., nelle ferite suppuranti e nella chirurgia settica in genere. *fil.*

Al dott. E. Lovisoni, da Cervignano:

Sul *Pneumotorace artificiale*, consulti anzitutto l'ampia trattazione fattane da G. BRECCIA nel suo libro: *La cura delle malattie tubercolari del polmone*. Unione tip-editrice torinese. Di monografie in italiano non conosco che quella di LURÀ, assai breve e ridotta, edita da Zanichelli, Bologna.

In francese consulti: DUMAREST e CH. MURARD: *La pratique du Pneumothorax thérapeutique*, Masson e C., ed., Parigi.

In tedesco consulti: le monografie di SAUGMANN, U. CARPI e J. SORGO nel *Handbuch der gesamten Tuberkulose-Therapie*, diretto da E. LOEWENSTEIN. Urban e Schwanzenberg, Berlino, ed i lavori seguenti: L. VON MURALT: *Der künstliche Pneumothorax*, Springer, ed., Berlino; HJ. TIDESTROM: *Beiträge zur Behandlung der Lungentuberkulose mit künstlichem Pneumothorax*, Curt Kabitzsch, Lipsia.

Nelle annate recenti di *Tubercolosi* troverà molti lavori e recensioni sull'argomento che la interessa. *fil.*

VARIA.

Le virtù del tabacco?

Gl'indiani d'America, ai quali si deve la conoscenza del tabacco, lo chiamavano « erba santa » od anche « erba per tutti i mali » e consideravano sacra la pianta.

Quando invece il tabacco fu introdotto in Europa, si credette che fosse pernicioso alla salute; moralisti e medici non solo lo condannarono, ma lo considerarono riprovevolissimo, press'a poco come oggi la cocaina. Contro i fumatori furono comminate dai Governi pene severissime, le quali però non valsero ad impedire la diffusione e divulgazione crescente del tabacco, fino all'attuale consumo, che è davvero formidabile.

I medici hanno continuato ad alimentare le ostilità contro il tabacco e hanno tentato di porre un freno al suo impiego, considerato come una tossicomania. Le prevenzioni sono giunte al segno, che la scienza ha sdegnato lungamente di occuparsi degli effetti fisiologici del tabacco e dei possibili impieghi di esso in terapia. È stata studiata, è vero, la nicotina; ma si è quasi ignorato il tabacco.

I medici tedeschi sono stati i primi a rompere la tradizione. Così il prof. Rossbach, dell'Università di Jena, in seguito ad un'inchiesta, giunse alla conclusione che l'uso moderato del tabacco non presenta inconvenienti apprezzabili. « Grazie al tabacco — egli conclude — lo spirito diviene più attivo, l'umore più lieto; si è portati con più ardore ai lavori intellettuali e fisici ». Il soldato che fuma, egli osserva, è capace di sopportare maggiori fatiche, consumando minore quantità di alimenti: si presta ai lavori con più piacere e ardore del camerata che non fuma.

O. Funk, altro tedesco, si è costituito difensore del tabacco in nome della fisiologia. Riportiamo una delle sue affermazioni più significative. « Molte preoccupazioni, molte ubbie, si sono evaporate col fumo di un buon sigaro, e questi risultati hanno bene la loro importanza nella vita, spesso così misera, dell'uomo ».

Munk e Ervald, dell'Università di Berlino, nel loro grande trattato di dietetica, approvano risolutamente l'uso del tabacco, cui riconoscono un'azione generale, stimolante e benefica, sul sistema nervoso centrale.

Il prof. Ide, titolare della cattedra di terapia nell'Università di Lovanio, nel suo trattato di terapia ha preso pure formalmente partito per il tabacco. Egli trova che la nicotina non ha mai fatto delle vittime, se non tra i principianti, in cui l'assuefazione è rapida; ovvero tra i malaccorti, che fumano in eccesso; la natura è così avveduta, che invia a questi imprudenti dei malesseri i quali valgono a moderarli. In genere i pericoli d'intossicazione da nicotina sono insussistenti, a condizione di non fumare il sigaro o la sigaretta fino all'estremità o di usare una pipa a canna non molto corta, così che la nicotina possa condensarsi in una zona fredda. Soddisfatta questa condizione, si possono fumare quantità considerevoli di tabacco: nelle osservazioni dell'A. sintomi tossici si avevano solo dopo dieci sigari forti al giorno. I disturbi visivi non insorgevano che oltre questo limite. La leggera eccitazione del tubo digerente prodotta dal fumo, in specie a digiuno, sarebbe benefica. L'A. non ha osservato irregolarità cardiache nè cardiopalmo ascrivibili al tabacco nei giovani fumatori.

Un altro medico belga, il quale firma J. Bouquerel, trova che il tabacco a dose moderata, lungi dall'essere nocivo, è raccomandabile. Egli non interdice il tabacco che a poche classi di malati: dispeptici, cardiopatici e polmonari. Non lo consiglia ai giovani, ma non lo sconsiglia alle donne: è una delle poche concessioni che egli fa al femminismo...

(Da *Bruxelles-Médical*, 24 ottobre 1925).

L. V.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXXVI. — I contratti di somministrazione di medicinali, in corso di esecuzione, di fronte alle norme sopravvenute circa i prezzi obbligatori.

L'art. 17 della legge 22 maggio 1913 n. 648 stabili: « Ogni due anni, a cura del Ministero dell'Interno, saranno pubblicate: 1) la tariffa dei medicinali per la vendita al pubblico; 2) la tariffa dei medicinali per la somministrazione ai poveri prevista dall'art. 36 del testo unico delle leggi sanitarie 1° agosto 1907 n. 636 ».

Il decreto legge 7 ottobre 1923 n. 2388 aggiunse un divieto penale: « *Il farmacista che violi le disposizioni di tali tariffe è punito* con un'ammenda da L. 500 a L. 2000 e, in caso di recidiva, anche con l'arresto sino ad un mese. Indipendentemente dall'azione penale, il Prefetto può, con suo decreto, provvedere alla chiusura, sino ad un mese, della farmacia; in caso di recidiva dichiara la decadenza dell'esercizio, ecc., ecc. ».

L'art. 46 del regolamento 13 luglio 1914, n. 829, modificato dal decreto legge 7 ottobre 1923 n. 2520, completa le norme circa i prezzi obbligatori: « La tariffa di cui al n. 1 dell'art. 17 della legge deve stabilire tanto il prezzo massimo quanto il prezzo minimo per la vendita al pubblico dei medicinali. Tale tariffa contiene, oltre l'indicazione dei prezzi stabiliti per ogni sostanza, le norme per la sua applicazione, i diritti che competono al farmacista per la manipolazione e la spedizione dell ricette e gli aumenti di prezzo per le somministrazioni fatte ai privati nelle ore notturne e quando la farmacia è chiusa, secondo le speciali disposizioni riguardo agli orari, stabilite dal Prefetto, ai termini dell'art. 14 della legge. *Saranno pure indicati gli sconti proporzionali alla entità del servizio che potranno essere fatti per le forniture alle amministrazioni pubbliche e a quelle private che abbiano carattere di opere di beneficenza.* I prezzi della tariffa serviranno di norma per le risoluzioni delle contestazioni e gli sconti non potranno essere oltrepassati ». Il prezzo di vendita deve essere annotato sulle ricette spedite, sulle etichette o sugli involucri dei medicinali.

In senso analogo dispone l'art. 47 del regolamento 13 luglio 1914 per le tariffe concernenti la somministrazione ai poveri e per gli sconti massimi.

In relazione a questo sistema di norme obbligatorie sono state pubblicate due tariffe: l'una per la vendita al pubblico; altra per la somministrazione ai poveri. La prima (tariffa n. 1, tabella A) stabilisce « i diritti di manipolazione e di spedizione » con determinazioni massime e minime; l'altra (tariffa n. 2, tabella B) stabilisce un corrispettivo fisso, invariabile.

La tabella C, contiene i prezzi delle sostanze somministrate e integra così il prezzo dei medicinali per la vendita al pubblico. Speciali norme, che non è utile ricordare ora, regolano i prezzi, gli sconti, ecc., in rapporto a particolari circostanze: orario, specie dei medicinali venduti, enti che richiedono la somministrazione, ecc.

Non sono stabilite norme obbligatorie per le sostanze che sono di libera vendita o per la loro specie (tabella X della farmacopea ufficiale) o per la quantità che è oggetto di ciascuna somministrazione (tabella IX). Fuori di questi due casi, il farmacista deve osservare, per la vendita dei medicinali al pubblico, norme la cui violazione costituisce reato.

Il caso che qui si considera è questo: è stato concluso un contratto di somministrazione di medicinali al pubblico (persone fisiche o società, enti pubblici e privati, ecc.) per corrispettivi inferiori ai minimi o superiori ai massimi obbligatori; il contratto è in corso di esecuzione; quali effetti producono su di esso le norme sopravvenute?

Ripeto: si fa il caso di prezzi inferiori o superiori a quelli obbligatori. Se questa ipotesi non si verifica, se la esecuzione dell'obbligo non trova l'ostacolo di norme proibitive non può sorgere questione circa la efficacia e la eseguibilità del contratto.

Le obbligazioni sono regolate dalla legge vigente al tempo in cui furono costituite: questo principio generale riguarda la causa, l'oggetto e, in genere, i requisiti per la validità, gli effetti, ecc. Quando il contratto di somministrazione fu concluso esso era perfettamente valido: aveva un oggetto che poteva essere materia di convenzione, una causa lecita, e non conteneva condizioni contrarie alla legge.

Questa obbligazione valida si può considerare ora estinta? La cosa che ne forma oggetto non è posta fuori commercio, non si verifica quindi il caso di estinzione previsto dall'art. 1298 c. c., come avverrebbe, per esempio, se fosse costituito un monopolio statale.

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

Le nuove norme nulla dispongono per i contratti in corso: in casi analoghi i contratti già conclusi furono esplicitamente previsti o con disposizioni che estinsero le obbligazioni o con temperamenti vari per conciliare i diritti quesiti con lo stato giuridico sopravvenuto.

Ma le norme circa i prezzi obbligatori dei medicinali non hanno effetto retroattivo per disposizione espressa, in quanto cioè una disposizione attribuisca tale efficacia.

Si può ritenere, tuttavia, che esse rendano illeciti i contratti validamente nati? Questa ipotesi non è accettabile, perchè importerebbe una retroattività in contrasto col principio generale della efficacia della legge del tempo in cui il contratto fu concluso. La legge vieta ora di vendere medicinali per un prezzo diverso da quello obbligatorio ma essa nè ha espressamente effetto retroattivo nè, dato lo scopo che si propone, si può ritenere che questo effetto sia tuttavia tacitamente voluto perchè necessario allo scopo della legge stessa. Il contratto non è vulnerato nè nella causa nè nell'obbietto; la obbligazione non è estinta.

Deriva da ciò che il farmacista, obbligato per contratto valido a somministrare medicinali per un prezzo inferiore al minimo ora imperativamente stabilito, debba eseguire la obbligazione?

Certamente no. Se la eseguisse, commetterebbe reato. Egli, dunque, non spedisce la ricetta, non somministra il medicinale per divieto di legge, cioè per un caso di forza maggiore e non è responsabile di inadempimento (art. 1226 codice civile).

Identico è il caso in cui il prezzo sia superiore a quello obbligatorio o gli sconti siano maggiori o minori di quelli consentiti. Si verifica un caso di non eseguibilità incolpevole.

Si potrebbe obbiettare: ma ciò significa, in sostanza, che il contratto è divenuto inefficace per ius superveniens.

La obbiezione non regge. Anzitutto, le due situazioni giuridiche sono ben diverse: contratto invalido ovvero obbligazione estinta, da una parte; contratto valido ma non eseguibile per causa di forza maggiore, dall'altra. Ma anche praticamente la differenza è rilevante perchè, non essendo estinta la obbligazione, il creditore di essa può mettere l'obbligato in condizione di eseguirla accettando i prezzi obbligatori, eliminando cioè l'ostacolo della forza maggiore.

Salvi singoli casi speciali, se il farmacista è obbligato a somministrare medicinali per un prezzo maggiore o minore di quello obbligatorio, notificherà al contraente che, per divieto di legge, non può eseguire la obbligazione e dichiarerà di essere pronto ad eseguirla qualora egli accetti che i prezzi siano uniformati a quelli obbligatori.

Praticamente, se il prezzo contrattuale è superiore al massimo, sarà ridotto al limite legale, se è inferiore al minimo sarà elevato sino a raggiungere questo limite. (Se è compreso nella zona intermedia non sorge controversia).

« I prezzi della tariffa serviranno di norma per la risoluzione delle contestazioni e gli sconti non potranno essere oltrepassati »: così dispone l'articolo 47 del reg. 13 luglio 1914 n. 829, modificato dal R. D. 7 ottobre 1923 n. 2520.

Lo stesso criterio si osserverà in sede di esecuzione dei contratti in corso al fine di renderne possibile l'adempimento: cioè i prezzi della tariffa serviranno di norma per la esecuzione del contratto.

LXXVII. — Tentativo di aborto consentito.

È punibile il tentativo di procurato aborto nei casi degli articoli 381 e 382 Codice penale?

La quistione è fortemente controversa. La legge prevede tre ipotesi. L'art. 381 punisce la donna che, con qualunque mezzo adoperato da lei o da altri col suo consenso, si procura l'aborto; l'articolo 382 punisce colui che procura l'aborto ad una donna con il consenso di lei; l'art. 383, infine, prevede il caso in cui manchi il consenso della donna e punisce con distinte sanzioni chiunque faccia solamente uso dei mezzi diretti a procurare l'aborto e quegli che riesce nell'intento delittuoso. Nel terzo caso, dunque, la ipotesi del tentativo è esplicitamente prevista. Art. 383: *Chiunque fa uso di mezzi diretti a procurare l'aborto d'una donna, senza il suo consenso o contro la sua volontà, è punito con la reclusione da trenta mesi a sei anni e da sette a dodici anni* SE AVVENGA L'ABORTO. Dunque: delitto tentato e delitto consumato. Per questa considerazione fondamentale, cioè per essere previsto nel caso dell'art. 383 il tentativo punibile e non essere invece previsto nei casi degli articoli 381 e 382, la Corte di Cassazione, con sentenza 21 giugno 1926 ric. Carducci, ha deciso la vecchia quistione in senso contrario alla sua precedente giurisprudenza, nel senso cioè che *non* è punibile il tentativo di aborto nel caso in cui sia commesso dalla donna o da altri col consenso di lei.

In senso contrario aveva deciso la Corte di Cassazione con sentenza 26 giugno 1916, ric. P. M. c. Vallino, 31 gennaio 1913 ric. Caporoni e 25 aprile 1900 ric. Caporale.

In sostanza, secondo l'ultima sentenza della Corte di Cassazione non costituisce reato il tentativo di aborto consentito.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

LITORA ALIENA.

Impressioni d'America di un chirurgo italiano.

Abbiamo pubblicato nel fasc. 46 una corrispondenza del dott. V. Grossi da New York, in cui si dava conto del soggiorno colà del prof. Alessandri. Da New York l'illustre clinico si recò a Chicago, a Rochester, a Cleveland, accolto ovunque con grande simpatia; e fece conferenze chirurgiche in tutti i centri visitati, portandosi poi a Montréal nel Canadà dove quest'anno ha avuto luogo il Congresso dell'American College of Surgeons, cui il prof. Alessandri prese parte, leggendovi una comunicazione sui tumori primitivi delle ossa a tipo tiroideo e paratiroideo, e ove venne nominato membro onorario del Collegio.

A richiesta del « Carroccio », l'importante rivista italiana che si pubblica a New York, egli ha inviato a quel giornale un breve articolo che siamo lieti di riportare, specialmente per le interessanti notizie sulle Scuole mediche in America e sui rapporti culturali coll'Italia:

« È questa la prima volta che io son venuto negli Stati Uniti, e spero non sia l'ultima, perchè la conoscenza, che ho potuto acquistare di questo grande paese nel breve tempo da che sono sbarcato, è certamente assai incompleta; ma, grazie alla squisita cortesia di molti dei più eminenti connazionali di qui e dei numerosi colleghi e amici americani, ho avuto modo di farmi un concetto abbastanza esteso e chiaro delle abitudini, delle idee, dell'organizzazione, della vita di qui, e quanto mi è riuscito sinora di vedere e di apprendere, se in qualche parte può sembrare in contrasto colle nostre consuetudini e colla nostra mentalità latina, in molte altre mi riempie di ammirazione e mi convince della giusta e opportuna regolazione e della utilità degli ordinamenti stabiliti, e mi fa appunto desiderare di rimanere più a lungo, e, poichè ora questo non mi è possibile, di ritornarvi presto per penetrare più addentro la vita e le organizzazioni di America.

Quello che più colpisce subito è la perfetta obiettività con cui gli americani giudicano uomini e cose e la loro completa buona fede. Possono avere idee sbagliate, e ne hanno, su molte faccende europee, ma se si dimostra loro l'errore, ne convengono e si persuadono. Non si lasciano troppo entusiasmare come per tanto tempo siamo stati, e siamo ancora in parte, noi latini e specialmente noi italiani; non si lasciano d'altra parte neppure influenzare troppo da una prima impressione, anche se sfavorevole, e non giudicano male senz'altro. Vogliono conoscere e a fondo, e poi esprimono il loro parere.

Io non posso parlare con una certa cognizione se non del mio campo, ma, a quanto posso indurre dai colloqui avuti, lo stesso è anche per le altre attività culturali e sociali, e molti dei miei connazionali mi affermano che in ogni branca dell'industria, del commercio, delle scienze, della vita professionale si è percorsa l'identica via.

Qualche diecina di anni fa, forse solo venti o trenta, in America non si credeva neppure esistesse la chirurgia e in genere la scienza medica italiana; e se erano familiari anche agli americani i grandi nomi dei nostri maggiori anatomici e patologi dei tempi passati, il grado di cultura e di applicazione pratica raggiunto presso di noi negli ultimi tempi era da loro completamente o quasi ignorato.

Pensavano l'Italia fosse in quel campo e probabilmente anche in tutti gli altri, specialmente scientifici e culturali, una semplice appendice e trascurabile della Francia e della Germania.

Furono sopratutto William Mayo e Carl Beck che primi vennero in Italia già avanti la guerra ed ebbero modo di conoscere e apprezzare la chirurgia italiana e colla propaganda e con lusinghiere pubblicazioni iniziarono la diffusione in America delle nostre opere e dei nomi dei nostri migliori chirurgi.

La guerra ha certamente molto giovato alla reciproca più estesa conoscenza; e dopo la guerra sopratutto, la ripresa attiva di rapporti e di scambi con un ritmo più elevato e come la dignità di due grandi popoli richiede e ciò specialmente per l'opera diretta del governo nazionale e per la rinnovata attività di pensiero e di lavoro italiano, ha fatto sì che questa più profonda intelligenza reciproca e gli scambi culturali siano divenuti molto più attivi e la comprensione assai più completa. Già due anni fa venne in Italia e si fermò a lungo a Roma un gruppo dei migliori chirurgi americani, la Society of Clinical Surgery, di cui facevano parte Crile, Whipple, Peck, Iudd, Sistrunck, Pool, ecc. Visitarono le nostre cliniche e i nostri ospedali e rimasero meravigliati — è la parola esatta per quanto possa per noi sembrare un po' umiliante — di quello che si fa tra noi e del livello raggiunto dai nostri studi e dalla nostra pratica chirurgica.

Ho detto umiliante, perchè appunto essi partivano dal presupposto che noi non contassimo gran che di fronte ad altre nazioni, da loro meglio conosciute, ma come ho già accennato, questo era in perfetta buona fede, per l'ignoranza

completa o quasi delle nostre cose; ed invero appena si sono convinti che *i fatti* erano assai diversi, lo hanno subito riconosciuto, e non soltanto colle parole gentili, che possono essere espressione di semplice cortesia, ma dimostrando di apprezzare realmente i nostri studi e i nostri ordinamenti.

E dal dott. Whipple, uno dei visitatori di allora, professore di clinica chirurgica nella Columbia University, mi è stato rivolto l'invito, basato proprio sull'impressione allora ricevuta, di collaborare a un nuovo trattato americano di chirurgia che l'editore Thomas Nelson di New York sta ora pubblicando, e per uno dei capitoli più importanti, la chirurgia del fegato. Questo io credo, e questa mia convinzione mi è stata confermata da molti dei nostri connazionali di qui, non sarebbe parso qualche anno fa neppure possibile a concepire in America.

Nell'aprile scorso numerosi pure furono i chirurgi americani che presero parte al Congresso della Società Internazionale di Chirurgia che si tenne a Roma, e nel maggio ultimo un folto gruppo di membri della Interstate Post-graduate Assembly of North America, la più numerosa delle società mediche americane, venne a Roma e successivamente visitò vari centri universitari italiani. Essi frequentarono le nostre cliniche e i nostri ospedali, assistettero a lezioni, a sedute operative, visitarono laboratori e istituti esprimendo sempre, con grande sincerità, simpatia e soddisfazione per quanto avevano veduto e ascoltato.

E sia a New York, che a Chicago e a Rochester e a Cleveland, dove ho incontrato parecchi di coloro che eran venuti in Italia e a Roma nelle diverse occasioni accennate, dapertutto ho trovato amichevoli e simpatiche espressioni, talora entusiastiche, per la nostra scuola e per i nostri uomini, affermate chiaramente con quella franchezza persuasiva, che come ho detto, usano dopo essersi resi ben edotti dello stato reale delle cose.

Mi scuso se ho dovuto accennare anche alla mia modesta persona, ma l'ho fatto unicamente per meglio documentare la differente idea che si ha oggi in America della scienza italiana.

Le accoglienze avute nei centri, che ho potuto finora visitare, mi confermano l'idea che sarebbe sommamente utile se i nostri frequentassero più spesso l'America; occorre che non si ripeta l'errore, purtroppo spesso occorso anche nell'invio di rappresentanti ufficiali, che gli italiani che qui vengono ignorino la lingua; non è possibile altrimenti in alcun modo essere intesi, mentre anche troppo ansioso appare a noi già un po' affaticati e storditi dal viaggio e dall'enorme attività febbrile di queste immense città, il loro desiderio di ascoltare e vedere quanto possiamo qui portare e far conoscere della nostra esperienza, delle nostre ricerche scientifiche, delle nostre applicazioni pratiche.

E simpatica riesce anche l'insistenza con cui i nostri colleghi connazionali, italiani o italo americani, così numerosi specialmente in New York, dove sono fiorenti due attivissime società mediche italiane, una a New York città ed una a Brooklyn, domandano di sentire la nostra parola, di conoscere le idee, gli studi, le ricerche della scienza, che essi hanno lasciato partendo dall'Italia o che, nati in America da genitori italiani, conoscono solo assai imperfettamente.

Debbo anche senz'altro sfatare l'idea, che presso di noi è diffusa, del chirurgo americano unicamente rivolto alla parte pratica e tecnica della nostra arte, incurante invece delle nozioni patologiche, mentre è oggi assai diffusa qui la tendenza a dare a queste una parte molto notevole nell'istruzione degli studenti e nell'esercizio chirurgico. Io posso dire che per le mie conferenze mi è stato più spesso richiesto di parlare su argomenti di patologia o di ricerca sperimentale che non di tecnica operativa; e se certamente anche qui, come del resto in Italia e dovunque, vi sono chirurgi che si occupano escusivamente della parte pratica e tecnica, ve ne sono moltissimi altri, e sono i migliori, che basano la scienza e l'arte della chirurgia sulle nozioni essenziali di fisio-patologia, che studiano con grande amore le scienze fondamentali, con ricerche sperimentali, istologiche, chimiche, in istituti e laboratori di primo ordine. È anzi questa la parte che noi dobbiamo ammirare di più e profittare se possibile, della loro esperienza.

Se l'ordinamento dei loro studi può a prima vista a noi apparire troppo libero, poichè numerosi sono i così detti collegi o istituti d'istruzione medica superiore, non tutti dello stesso valore, dobbiamo d'altra parte riconoscere come idealmente questo corrisponde al concetto della cultura libera che lo Stato nella sua funzione superiore permette e tutela, purchè risponda a certi principi generali ben determinati, assicurandosi poi della preparazione scientifica e pratica degli allievi cogli esami di Stato, introdotti ora anche nel nostro ordinamento, e senza i quali non si può esercitare la professione.

Siamo cioè ora in questo campo più vicini di una volta, coi concetti che informarono la legge Gentile sull'istruzione superiore; nei singoli collegi però lo studente non è lasciato così libero, come da noi un tempo e anche oggi colla nuova legge, ma è invece qui considerato come necessario il guidarlo e obbligarlo strettamente a frequentare lezioni ed esercitazioni, e a seguire quell'ordine di studi che nella successione dei corsi e dall'esperienza è risultato il migliore.

Io credo abbiano ragione, e ho sostenuto più volte questa opinione fra noi, di fronte a coloro che vogliono lasciare allo studente ampia facoltà di disporre come crede dell'ordinamento e della successione delle materie di studio, seguendo o meno con diligenza i corsi ufficiali e disponendo l'ordine come a lui appare più opportuno. Almeno per le facoltà di medicina e chirurgia e di scienze pare a me questo non sia il metodo migliore, e ne trovo appoggio nella severità con cui in America si dispone l'istruzione degli allievi.

Alcuni dei loro istituti sono veramente ammirevoli, per abbondanza di materiale scientifico e clinico, per completezza di laboratori, che se testimoniano la larghezza di mezzi e di danaro a disposizione, con cui noi certo non possiamo competere, stanno pure a dimostrare la perfetta organizzazione e utilizzazione di tutte le forze, che noi possiamo con vantaggio prendere ad esempio

Il Northwestern University Medical College di Chicago che ha or ora inaugurato uno dei più grandiosi e completi edifici per l'istruzione degli studenti; i nuovi edifici, che saranno finiti per l'anno venturo del Presbyterian Hospital di New York per la Columbia University, che raccoglieranno tutte le cliniche e gli insegnamenti medici, ne sono una magnifica prova.

La Mayo Foundation che appartiene alla Università di Minneapolis e la Mayo Clinic cogli ospedali annessi forniscono un esempio grandioso di una completa scuola di perfezionamento per laureati, e non solo in chirurgia, in cui certo l'insegnamento e la pratica di Rochester eccelle, ma anche per tutte le altre branche della medicina sia per quelle di esercizio professionale come anche per le ricerche sperimentali, per la patologia, la batteriologia, la chimica biologica, ecc.

L'interesse per l'Italia è grande oggi dapertutto, e noi godiamo certamente di questa rinnovata simpatia, che dobbiamo, l'ho già detto, alla dignitosa e ferma politica inaugurata con alto concetto nazionale dal governo attuale. Certo, ben diverse dovevano essere in passato le condizioni dei nostri connazionali qui, e di quelli italiani che venivano occasionalmente a visitare gli Stati Uniti, e noi dobbiamo ammirare ed esser riconoscenti a quei nostri che qui si son trovati in mezzo a difficoltà gravi e che pure hanno tenuto per quanto è stato possibile alto il nome d'Italia.

Questa sensazione si ha oggi qui anche in mezzo ai nostri più umili compatrioti, che affermano con orgoglio la nazionalità o la provenienza italiana. Nella visita da me fatta all'ospedale italiano ho avuto netta la impressione di questo risveglio di energie e di dignità nazionale. Quell'ospedale ha rappresentato un centro, pur piccolo, ma sempre vigile d'italianità e di carità; oggi non risponde più nè alle rinnovate fortune d'Italia nè al numero e all'importanza della Colonia italiana in New York; ma l'ampliamento e la ricostituzione sono in programma, e io son sicuro che presto avremo anche da questo lato un centro che praticamente, e io spero anche scientificamente, non sia indegno di noi e regga il confronto colle analoghe istituzioni americane.

È impressionante per noi avvertire quale interesse susciti qui in tutti la persona del nostro Primo Ministro; da tutti mi sono stati richiesti insistentemente informazioni e particolari su Benito Mussolini. A Chicago, dopo un pranzo della Società Chirurgica, oltre una dissertazione scientifica, mi è stato rivolto invito di esporre le condizioni dell'Italia e sopratutto l'opera di Benito Mussolini e di parlare del consenso o meno del popolo italiano al suo governo. E benchè non preparato e non competente, ho dovuto farlo; è incredibile a questo proposito quale massa di false idee abbiano molti sul regime politico attuale in Italia, sulle intenzioni del nostro Primo Ministro, sulle sue relazioni colla Monarchia, ecc. Mi pare però che avendo loro esposto più chiaramente che mi è stato possibile le condizioni dell'Italia dopo la guerra e la china pericolosa nella quale sembrava inevitabilmente dovesse scivolare, abbiano compreso quale grande valore abbia avuto l'opera del Fascismo e del suo Capo, e si siano persuasi dell'adesione oggi pressocchè unanime del popolo italiano al programma di valorizzazione e di rinnovata attività e dignità di vita dell'Italia.

È bastato che uno dei giornalisti, che con me hanno fatto la traversata sul *Roma*, abbia ricordato che io ero a fianco del Duce quando egli fu ferito in Campidoglio, appunto subito dopo la seduta inaugurale del Congresso internazionale di chirurgia, perchè questo sia stato il punto su cui molti hanno più insistito, forzandomi a ripeter il racconto, anche con interviste giornalistiche cui ho cercato il più possibile sfuggire.

Certo è, credo assai importante, che tutti i buoni italiani che sono qui numerosi e tutti quelli che vengono occasionalmente in America debbono sforzarsi di mettere in chiaro più che è possibile le condizioni attuali d'Italia e le benemerenze del nostro governo, cercando così di combattere la propaganda contraria, che ci viene dall'estero e anche da connazionali qui dimoranti e deviati da idee politiche avverse.

Il momento attuale è favorevole per la sempre maggiore estensione di scambi intellettuali e di intese in ogni campo di attività coll'America, e noi dobbiamo profittare di questo e della men-

tale psicologia degli americani, che come ho già accennato, una volta convinti ripudiano le idee precedenti e lealmente stendono la mano a quegli di cui prima diffidavano.

L'Italia madre dalle molte vite, che ora ha una ripresa così solenne e coraggiosa del proprio lavoro e la sensazione della forza grande di cui può disporre, ha tutte le simpatie di questo popolo giovane, ricco, febbrile di opere, pronto a riconoscere il valore dovunque si trovi; e noi dobbiamo augurarci che si accresca con sempre crescente ritmo la scambievole cooperazione dei l'Italia e dell'America.

Rochester, Minnesota, ottobre.

ROBERTO ALESSANDRI.

Cronaca del movimento professionale.

Assemblea della Cassa Mutua Medici Condotti.

In Perugia, in una sala del Collegio Convitto per gli orfani dei sanitari, gentilmente concessa dal prof. sen. Simonetta, si tenne nei giorni 21 e 22 ottobre u. s. l'Assemblea generale ordinaria della Cassa Mutua Medici Condotti.

Erano presenti numerosi soci provenienti da tutte le regioni d'Italia, e numerosissimi furono gli aderenti.

Dopo la relazione morale del presidente dottor Oliaro, approvata con voto di plauso dall'Assemblea, venne dal cassiere dott. Alzona illustrata la situazione finanziaria dalla quale emerge un patrimonio sociale che si avvicina alle 200,000 lire.

Il presidente dette poi comunicazione che il dott. Giuseppe Wassermann gli aveva fatto pervenire la somma di L. 20,000 che desiderava fossero date alla Cassa Mutua Medici Condotti in memoria del padre suo dott. Alfonso Wassermann che era legato da grande amicizia coi dirigenti e con molti soci della Cassa. L'atto munifico del capo della nota Ditta Wassermann, e che dovrebbe trovare imitatori, venne accolto con viva commozione da parte della Assemblea che, seduta stante, proclamò soci onorari il dottor Alfonso Wassermann (in memoria) e il dott. Giuseppe Wassermann.

Seguì la discussione di importanti temi mutualistici posti all'ordine del giorno, ed alla quale si appassionarono tutti i presenti, ed infine si procedette alla elezione della cariche per il biennio 1927-28 con il seguente unanime risultato: Oliaro Guglielmo (Torino), presidente; Ceramicola Romano (Arquà Polesine), segretario; Alzona Cesare (Villanova Monferrato), cassiere; Colombarolli Cesare (S. Pietro Incariano - Verona), consigliere anziano; Massimi Adorno (Anagni), consigliere; Catucci Dino (Sirone Brianza), Gandolfi Decio (Cadeo di Piacenza), Mercuri Domizio (Forlì), sindaci.

Un riuscitissimo banchetto sociale, al quale parteciparono le signore e signorine dei congressisti e la stampa locale (la quale ebbe parole di entusiastica lode per il Congresso, sapientemente organizzato dal dott. Pimpinelli Francesco di Collepepe di Perugia), chiuse brillantemente la riuscita riunione, alla quale fu degna cornice una gita ad Assisi a cui parteciparono quasi tutti i congressisti.

ATTI UFFICIALI.

Il « Bollettino Ufficiale del Ministero dell'Interno, n. 29-30 (11-21 ottobre) reca: il r. decreto-legge 23 lug. 1926 n. 1427 concernente la lotta contro i tumori maligni; un r. d.-l. 23 lug. 1926 n. 1487 relativo alla lotta contro la malaria nella provincia dell'Istria; un r. d.-l. 29 lug. 1926 n. 1619 concernente l'istituzione in Roma del R. Istituto fisioterapico ospitaliero di S. Maria e S. Gallicano; un r. d. 13 ag. 1926 n. 1609 relativo alla estensione dell'ordinamento gerarchico del Regno al personale sanitario della cessata Amministrazione austro-ungarica e dell'Amministrazione statale di Fiume; un r. d.-l. 13 agosto 1926 n. 1649 relativo a provvedimenti a favore dell'Istituto autonomo per la lotta antimalarica nelle Venezie; una circolare n. 20300-16 della Direz. gen. della Sanità pubbl. in data 24 sett. 1926 concernente l'importazione del granturco (vigilanza sanitaria).

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGOSTA (*Roma*) — Scad. 20 dic.; L. 10.500 e 5 quadr. dec. oltre L. 400 uff., L. 1100 trasp., L. 4 ogni povero oltre i 1000; età lim. 40 a.; tassa lire 50.15.

ANCONA. *Ospedale Civile « Umberto I »*. — Due medici assistenti; titoli; L. 4000 oltre vitto ed alloggio personale tutti i giorni e caro-viveri in L. 1000. Scad. 13 dicembre. Rivolgersi Direzione Sanitaria.

AUSONIA (*Caserta*). — Al 20 dic., ore 12; Lire 7000 oltre L. 2400 cav. Età lim. 45 a. Doc. a 3 mesi. Accettaz. entro 5 gg.; serv. entro 15.

AZZANO X (*Udine*). — 2ª Cond.; a tutto 20 dic.; vedi fasc. 48.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore*. — Due assistenti (Divisione Dermosifilopatica e Divisione Ostetrica); L. 4000 (*sic*) e c.-v.; nomina biennale. Scad. ore 17 del 20 dic. Età lim. 30 a. Tassa L. 50.

BORGO S. DONNINO (*Parma*). — Scad. 10 dic.; vedi fasc. 48.

BORMIDA (*Genova*). — Scad. 20 dic.; L. 8400 e bienni; indenn. uff. san. e c.-v.

CANEPINA (*Roma*). — Scad. 20 dic. vedi fasc. 48.

CASTEL CIVITA (*Salerno*). — Scad. 14 gen. L. 7000 e 5 quadr. dec.; L. 1000 cav. Tassa L. 50.10.

CATANIA. *R. Prefettura.* — Uff. anitarî. Scad. 15 dic. Vedi fasc. 46.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per Guardiagrele e Tocco Casauria; ab. 11,890 e 5319; L. 5000 (*sic*); titoli ed esami; età mass. 45 a. Docum. all'Ufficio Sanitario non oltre il 31 dic.

CLUSONE (*Bergamo*). *Ospedale Civile.* — Scad. 15 dic , primario chir. dirett. radiologo; v. fasc. 47.

COSENZA (*Reggio Cal.*). *R. Prefettura.* — Uff. san. di Paola; L. 7000 e 5 quadrienni dec. Scadenza 20 dic.

FINALE EMILIA (*Modena*). *Congregazione di Carità.* — Al 10 dic., chirurgo direttore del Civico Ospedale; v. fasc. 47.

FINALMARINA (*Genova*). — Ab. 3337; pov. 295; stip. L. 7200; addizionale poveri ammessi alla cura gratuita oltre il numero fissato L. 500; dieci bienni ventesimo; c.-v. Ospedale. Scad. 16 dic.

FORLÌ. *Ospedale Civile G. B. Morgagni.* — Al 10 dic., assistente Sez. Medica; v. fasc. 47.

FRINCO (*Asti*). — Scad. 15 dic.; L. 8000, oltre L. 500 uff. san.

GROTTAMINARDA (*Avellino*). — Scad. 23 dicembre; L. 6500 (*sic*); età mass. 45 a.; tassa L. 50.

JATRINOLI (*Reggio Cal.*). — Scad. 8 dic.; v. fascicolo 48.

MACERATA CAMPANIA (*Caserta*). — Scad. 15 dic.; L. 7000; trasp. L. 2400; limite età 45 a. Tassa L. 50.10. Schiar. Segreteria Comunale.

MANTOVA. *Consiglio Ospitaliero.* — Medico primario dell'Ospedale e del Sanatorio Belfiore; a tutto il 30 dic.; L. 7500 più c.-v. in L. 1200 e 4 quadrienni dec.; percentuale tasse di cura. Età mass. 45 a.; 10 a. di laurea. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

MONTE S. MARIA TIBERINA (*Arezzo*). — A tutto 31 dic.; vedi fasc. 48.

NORCIA (*Perugia*). — Scad. 10 dic. Per Campi-Ancarano; L. 9800 e tre quinquenni dec.; serv. att. L. 2100; due c.-v. Tassa L. 50.

PATERNO D'ANCONA (*Ancona*). — A tutto 15 dic.; v. fasc 47.

PIEVE DI CENTO (*Ferrara*). — Scad. 10 dic.; vedi fasc. 48. Abitazione gratuita.

POZZAGLIA SABINA (*Roma*). — Scad. 16 dic.; v. fasc. 47.

S. GIORGIO SU LEGNANO (*Milano*). — Pror. al 10 dic.; vedi fasc. 48.

S. POLO DE' CAVALIERI (*Roma*). — Scad. 50 gg. dal 1° nov. Vedi fasc. 47.

SONDRIO. *Manicomio Provinciale.* — Medico primario; a tutto il 31 dic.; titoli scientifici e pratici; L. 11,000 e 6 quadrienni dec.; c.-v.; alloggio. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.05. Chiedere ann. Rivolgersi Reale Commissione Straordinaria Amministratrice della Provincia.

SCANSANO (*Grosseto*). *Congregazione di Carità.* — Direttore-chirurgo primario del Civico Ospedale; vedi fasc. 48. Scad. a tutto 15 dic.

SPEZIA. *Ospedale Vitt. Eman. III.* — Scad. 15 dic. Medico primario e medico assistente. Rivolgersi Segreteria.

TORINO. *Ospedale Umberto I.* — Aspirante assistente; nomina pel 1927, salvo conferma; scad. 15 dic. Rivolgersi Gran Magistero dell'Ordine Mauriziano.

TORRICELLA SABINA (*Roma*). — A tutto 10 dic.; L. 10.500, addiz. L. 4 oltre 1000 pov., L. 400 uff. san.; L. 500 arm. farm.; età lim. 40 a.

TREVIOLO (*Bergamo*). — Scad. 12 dic. v. fasc. 48.

UDINE. *Ospedale Civile.* — Primario specialista Reparto Dermoceltico. Scad. 30 dic. Vedi fasc. 47.

VENEZIA. *Ospedale Civile.* — Aiuto nella Sez. Tubercolosi (in Isola di Sacca Sessola). Scad. 10 dic. Ved. fasc. 47.

CONCORSI A PREMI.

Società Italiana di Ortopedia.

L'Ospedale Civile di Venezia, con un atto di illuminata munificenza, che è una nuova manifestazione dell'elevato spirito scientifico che anima l'antica e gloriosa istituzione, ha messo a disposizione della Società Italiana di Ortopedia la somma di L. 3000 affinchè sia con essa costituito un premio da assegnarsi al vincitore di un concorso per un lavoro di argomento ortopedico.

Il Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ortopedia, accogliendo con profondo compiacimento l'invito dell'Ospedale Civile di Venezia, ha deciso che tema del concorso sia: *Il primo trentennio dell'amputazione cinematica.*

Si compie infatti in quest'anno il trentesimo anniversario dell'idea vanghettiana. Celebrare la data memorabile con un lavoro che dell'idea consideri lo svolgimento storico e l'evoluzione teorico-pratica, che della tecnica dell'amputazione cinematica dia una chiara, ordinata, ben illustrata esposizione, che analizzi e sviluppi il problema della cineprotesi, è parso al Consiglio Direttivo della Società Italiana di Ortopedia il miglior modo per realizzare il nobile proposito dell'Ospedale Civile di Venezia, e per onorare una scoperta che è gloria italiana.

Al concorso potranno prender parte i soci ordinari della Società Italiana di Ortopedia, regolarmente inscritti negli elenchi della Società alla data di chiusura del concorso.

Il concorso si chiude il primo ottobre 1927.

Le memorie, in lingua italiana, contrassegnate con un motto, verranno inviate in tempo utile alla Presidenza della Società Italiana di Ortopedia. Il nome e l'indirizzo dell'autore saranno contenuti in una busta su cui sarà ripetuto il motto. Verrà aperta la sola busta che porterà il motto corrispondente a quello del lavoro giudicato degno del premio.

Il lavoro premiato verrà pubblicato a cura della Società Italiana di Ortopedia, la quale concorrerà nelle spese di pubblicazione.

La Commissione Giudicatrice del concorso sarà nominata dalla Presidenza della Società Italiana di Ortopedia, e di essa farà parte il direttore dell'Ospedale Civile di Venezia.

Premio Di Vestea.

È bandito il concorso per il premio Alfonso Di Vestea, di L. 1000, presso la R. Università di Pisa, da assegnarsi alla migliore monografia, degna di stampa, in tema d'infortuni sul lavoro, studiati specialmente sotto il riguardo della profilassi. Possono concorrere i laureati presso la Facoltà di Pisa da non più di tre anni, inviando i lavori entro il 31 dicembre 1926.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il ministro della P. I. ha nominato rettori il sen. prof. Baldo Rossi della R. Università di Milano e il prof. Onofrio Fragnito della R. Università di Catania.

Il dott. Willey R. Buffington è nominato professore di oftalmologia alla Scuola Medica della Tulane University di New Orleans (Louisiana).

Il dott. Edward L. Bauer è nominato professore di pediatria al Collegio Medico Jefferson di Filadelfia.

A dirigere l'Istituto di Fonetica recentemente fondato a Norimberga è chiamato il dottor B. Griessmann.

Il dott. T. Sato è nominato direttore dell'Ufficio d'informazioni epidemiologiche fondato a Singapore dalla Lega delle Nazioni.

Il prof. B. Brouwer di Amsterdam, chiamato a organizzare e dirigere la clinica neurologica della Johns Hopkins University a Baltimora (Stati Uniti), ha declinato l'invito.

La Reale Accademia Belga di Medicina ha nominato soci stranieri corrispondenti: L. Bing di Basilea, J. L. Faure di Parigi, K. Shiga di Seoul.

Il cap. medico dott. Federigo Bocchetti, dopo aver partecipato alla Conferenza contro la tubercolosi a Washington, è stato invitato a prender parte al Congresso Militare Internazionale di Filadelfia, dove è stato nominato membro onorario della Società dei Medici Chirurgici Militari d'America.

Inoltre, dopo aver visitato i vari Centri Sanitari civili e militari di Baltimora, Filadelfia, Boston, ha svolto a New York un programma di italianità, tenendo conferenze nei vari Clubs italiani ed americani. È stato fatto segno a dimostrazioni di simpatia da parte della Colonia italiana e dei Medici americani.

Alla presidenza della Repubblica dell'Equador è stato chiamato il dott. Isidoro Ayora, professore di ostetricia all'Università Centrale di Equador. Altri due medici fanno parte del nuovo Gabinetto: il dott. P. P. Equez, ministro della previdenza sociale, e il dott. L. Palacios, ministro della guerra.

NOTIZIE DIVERSE.

La Croce Rossa Internazionale.

Si è chiusa a Berna il 22 novembre la Conferenza speciale indetta dalla XII Conferenza internazionale delle Croci Rosse, allo scopo di definire l'importante questione della « Croce Rossa internazionale », per la quale da cinque anni una Commissione di studio si era riunita a varie riprese senza raggiungere alcun risultato definitivo: e ciò a causa di un contrasto di tendenze difficilmente superabile.

Secondo la proposta approvata, viene riconosciuta l'esistenza di una « Unione Internazionale delle Croci Rosse » la cui suprema autorità è la Conferenza internazionale. A questa prendono parte tutte le Croci Rosse ed i rappresentanti dei Governi aderenti alla Canferenza di Ginevra.

Unione Internazionale per il Pronto Soccorso.

Al recente Congresso internazionale per il Pronto Soccorso, i delegati dei vari Paesi hanno deciso di fondare una « Unione Internazionale per il Pronto Soccorso ed il Salvataggio ». A presiederla è stato chiamato il dott. C. J. Mijnlieff.

Congresso francese di chirurgia.

Il 35° Congresso Francese di chirurgia si è tenuto alla Facoltà medica di Parigi dal 4 al 9 ottobre, sotto la presidenza del prof. J. F. Faure. Temi: « Patologia dei menisci dell'articolazione del ginocchio » (A. Mouchet di Parigi e Tavernier di Lione); « Operazioni conservative nelle lesioni infiammatorie degli annessi uterini » (de Rouville di Montpellier e P. Mocquot di Parigi); « Trattamento delle artriti gonococciche in via di evoluzione » (Michel di Nancy e Mondor di Parigi). Un'Esposizione annessa al Convegno è stata allogata nel grande vestibolo della Facoltà.

Congresso francese di dermatologia.

Il 3° Congresso dei dermatologi di lingua francese si è tenuto a Bruxelles, sotto la presidenza del dott. Lespinne. I temi in discussione sono stati: « Tubercolidi »; « Erpete e zona »; « Vari tipi di porpora »; « Reinfezione, pseudoinfezione e superinfezione sifilitiche »; « Affezioni endocrine di origine eredosifilitica »; « Stato presente della terapia del lupus e delle tubercolosi cutanee ».

Congresso francese d'oto-rino-laringologia.

Il 39° Congresso Francese della specialità si è adunato a Parigi dal 13 al 17 ottobre. Temi discussi: « Laringologia e canto »; « Tecnica e correlazioni chirurgiche delle deformità congenite e acquisite della piramide nasale ».

Congresso medico nel Canadà.

Il 9° Congresso dell'« Associazione dei medici di lingua francese dell'America del Nord » si è

tenuto a Montréal (Canadà) dal 21 al 24 settembre, sotto la presidenza di O. Dejardins. Tra i temi trattati furono: « Profilassi della tubercolosi », « Profilassi della sifilide nell'infanzia ». Tra i delegati della Francia erano: L. Bernard, M. Pinard, E. Rist, Armand-Delille, Weill Hallé.

Congresso Americano di terapia fisica.

L'« American College of Physical Therapy » si è adunato a Chicago dal 18 al 23 ottobre, sotto la presidenza del dott. John S. Coulter; in rapporto con questa adunanza, si è tenuto un Congresso clinico di terapia fisica, al quale hanno partecipato medici generali e specialisti.

Congresso Internazionale di medichesse.

Il 3° Congresso dell'Associazione internazionale di medichesse fu tenuto a Praga dal 25 al 27 agosto. I lavori vennero presieduti da lady Barret. Mancarono delegate italiane.

L'Associazione conta incirca 3000 iscritte.

Associazione Ospedaliera Americana.

Ha tenuto la sua adunanza annuale ad Atlantic City dal 27 settembre al 1° ottobre, sotto la presidenza del dott. Joseph C. Doane di Filadelfia. Temi: « Che è la terapia fisica? » (seduta generale); « Le recenti scoperte sul diabete » e « Gli amino-acidi nei rapporti con la salute e la malattia » (sezione dietetica); « Che fare per i pazienti delle classi medie » (sezione amministrativa).

L'Opera pro-maternità.

L'on. Mussolini ha ricevuto il barone Blanc e il prof. Valagussa, rispettivamente presidente e vice-presidente dell'Opera nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia.

Essi presentarono al Capo del Governo la prima copia del Bollettino mensile dell'Opera Nazionale, prospettando inoltre le esigenze dell'Opera Nazionale in rapporto alle svariate e complesse forme di attività assistenziale che questa dovrà svolgere per l'esecuzione della legge voluta dal Governo Nazionale a beneficio della maternità e dell'infanzia.

L'on. Mussolini gradì l'omaggio della Istituzione da lui voluta per il miglioramento delle nuove generazioni.

Conferenza del prof. Pestalozza.

Alla Sala Minerva di Roma ha avuto luogo una conferenza del prof. sen. Ernesto Pestalozza sul tema: « La lotta odierna contro il cancro ».

L'ampia sala era gremita di pubblico.

Dopo una dotta dissertazione, il sen. Pestalozza ha efficacemente illustrato l'azione che anche in Italia si è iniziata per combattere il cancro, e ciò per opera della « Lega Nazionale contro il cancro », la quale si propone la divulgazione nel pubblico e negli addetti all'assistenza sanitaria delle nozioni più necessarie per facilitare la ricerca dei casi; la erezione di istituti per lo studio della essenza del male e per le applicazioni curative e la formazione dei centri diagnostici per lo meno nelle città. Ha accennato che in tale indirizzo sta lavorando attivamente anche la sezione laziale della Lega Nazionale.

Il prof. Pestalozza ha così terminato la sua magnifica conferenza:

« Il Governatorato di Roma... ha pure rivolto la sua attenzione alla lotta contro il cancro, e, seguendo le direttive della Lega Nazionale e della sua sezione laziale, sta studiando una larga attuazione con un programma degno di Roma. Così vedremo presto sorgere un centro diagnostico. Così auguriamo che più larga ospitalità si apra in Roma ai sofferenti di cancro ai quali troppo spesso si contende il ricovero negli ospedali col pretesto della cronicità del male. E se potrà anche provvedersi ad un più facile accesso dei cancrenosi alle costose cure radioterapiche, e se verrà a diffondersi nel pubblico la fiducia nella curabilità del cancro e la conoscenza dei suoi primi stadii, potremo andar lieti della propagànda agitata in favore della lotta contro il cancro ».

Al prof. Pestalozza fu tributato un lungo e nutrito applauso

Esposizione Sanitaria nella Czecoslovacchia.

In occasione della Mostra Campionaria Internazionale tenuta a Brno nello scorso mese di agosto, quella Facoltà Medica, creata di recente, ha organizzato un'Esposizione Sanitaria, che ha gareggiato con le congeneri di Vienna, Strasburgo e Dresda e ha avuto tanto successo, che si è deciso di mantenerla anche dopo la chiusura della Mostra Campionaria.

È stata divisa in più sezioni: Anatomia, Fisiologia, Medicina, Farmacologia, Igiene. Venivano tenute conferenze e date spiegazioni dai professori della Facoltà e da studenti.

Il materiale dell'Esposizione passerà a far parte di un Museo permanente di sanità pubblica, che avrà sede in Brno

All'Università di Pavia.

L'anno accademico è stato inaugurato solennemente a Pavia con una relazione del Rettore Magnifico prof. Ottorino Rossi, il quale ha esposto ampiamente l'attività del passato anno e formulato il programma di lavoro per il nuovo anno.

Il prof. Ernesto Bertarelli svolse magistralmente il tema « Scienze sperimentali ed elevazione morale ed estetica ».

Dopo la cerimonia, le autorità si recarono al palazzo degli Istituti biologici, ove fu scoperta una lapide in onore di Agostino Bassi; parlarono il prof. Emilio Alfieri, presidente della Società Medico-Chirurgica, e il rettore.

La lapide, su cui spicca un busto in bronzo del Bassi, reca la seguente epigrafe: « Agostino Bassi — nato a Mairago nel 1773 — morto a Lodi nel 1856 — colla scoperta del germe del calcino — primo dimostrò — la natura microbica delle infezioni — Al discepolo geniale — precursore della microbiologia moderna — l'Ateneo pavese — vuole la gloria — rivendicata e consacrata nei secoli ».

La convenzione per il Policlinico di Pavia.

L'8 novembre in una sala del Rettorato dell'Ateneo Pavese si riunirono il comm. Valerini, Capo Divisione del Ministero della P. I., il Magnifico Rettore dell'Ateneo prof. O. Rossi, il Sindato della città professore Vaccari, l'ing. Zorzoli, Presidente della Deputazione Provinciale, il cav. Perazzo, Presidente dell'Ospedale San Matteo col Segretario Capo avv. Cortese, per la firma della Convenzione del Policlinico, che con questo atto diventa esecutiva, e quindi hanno inizio le pratiche per la prosecuzione dei lavori.

Alla Scuola di Studi Sociali di New York.

Questa scuola, inaugurata il 4 ottobre, comprende tra gli altri insegnamenti un corso d'igiene mentale, affidato al dott. Frankwood E. Williams, ed un corso sulla psicopatologia infantile, affidato alla dott.ssa Ira S. Wile. La scuola sorge a New York City, West Twenty-Third Street 465.

Accademia di studi coloniali a Siracusa.

Il prof. Gaetano Navarra Crimi ha elaborato un piano organico, didattico e finanziario, per l'istituzione a Siracusa di una R. Accademia di Studi coloniali.

Missione sanitaria italiana in Arabia.

Una Missione sanitaria italiana si è recata, or è qualche tempo, nel Sultanato di Yemen, per incarico del Governatore della Colonia Eritrea; è stata diretta a Sana, capitale; ivi ha aperto un Ospedale, in cui sono state compiute numerose operazioni dai dottori Mastrantonio e Pavone e si è attuata un'efficace profilassi delle malattie infettive ed organizzata un'attiva propaganda igienico-sanitaria.

Clinica per cardiopatici a Baltimora.

Il sanatorio Mount Pleasant a Reisterstown, sobborgo di Baltimora, destinato fin'ora ai tubercolotici, è stato trasformato in casa di salute per cardiopatici, in seguito alla diminuzione considerevole dei casi di tubercolosi e all'incremento dei casi di malattie cardiache, come risulta dalle statistiche sanitarie cittadine.

La trasformazione ha importato una spesa considerevole. La nuova casa di salute venne inaugurata il 26 settembre.

Ospedale per una Facoltà medica!

Il Consiglio municipale di Cincinnati ha approvato la vendita di circa 3 acri di terreno, annessi all'Ospedale Generale, al prezzo di 10.000 dol.; su quest'area verrà costruito un ospedale capace di 40 letti, destinato esclusivamente al personale della Facoltà Medica della locale Università; per la costruzione sarebbe già stato raccolto un fondo di 400,000 dol. (pari a 10 milioni di lire it.). Così il *Jl. A. M. A.*, 25 sett. 1926.

Per una zona di silenzio intorno agli ospedali di New York.

Una squadra di 75 *policemen* è stata distaccata dal corpo centrale di Polizia di New York per impedire i rumori non necessarî nelle strade adiacenti agli ospedali, durante una decade, a partire dal 1° ottobre.

Unico loro compito è stato quello, nel periodo suddetto, di cogliere sul fatto i violatori delle ordinanze sulla zona di silenzio e di deferirli al Tribunale, a scopo educativo e ammonitivo.

In rapporto con tale ordinanza si è compiuta un'inchiesta con apparecchi udiometrici, dalla quale è risultato che nelle strade a maggior traffico l'intensità dei rumori importa la perdita del 50 % della facoltà discriminativa dei suoni e che i rumori più molesti sono quelli improvvisi, in particolare dati dalle trombe d'automobili e dal passaggio rapido di autoveicoli pesanti; l'attuale campagna è stata diretta in specie contro queste due specie di rumori.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII — Roma, 13 Dicembre 1926 — Fasc. 50

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

RIVISTE SINTETICHE.

ISTITUTO DI CLIN. PEDIATRICA DELLA R. UN. DI ROMA.
Direttore incaricato: Prof. F. VALAGUSSA.

Le cosidette porpore primitive.

Dott. LUIGI SABATINI, aiuto.

Lo studio delle malattie emorragiche nel bambino presenta notevoli difficoltà, perchè nel loro determinismo entrano fattori costituzionali ed occasionali svariati, diversi o diversamente associati da caso a caso.

Dal gruppo delle malattie emorragiche si possono anzitutto isolare due forme morbose nettamente definite per la loro etiologia ed il loro quadro clinico: l'emofilia ed il morbo di Barlow. La prima è caratterizzata dall'ereditarietà speciale, dall'inguaribilità, dal prolungamento del tempo di coagulazione con numero normale di piastrine; la seconda dall'etiologia avitaminica, dalle emorragie sottoperiostee, dalle lesioni gengivali, dalla rapida guarigione in seguito a cura vitaminica.

Tolte queste due malattie particolari, abbiamo dinanzi a noi il grande gruppo delle porpore. In molte di esse le manifestazioni emorragiche si possono attribuire ad una malattia primitiva ben definita; si parla allora di porpore secondarie. Gli altri casi in cui una tale malattia primitiva non è identificabile sono detti porpore « primitive ».

È facilmente comprensibile come tale divisione sia arbitraria. Anzitutto il non poter identificare una causa occasionale non significa che questa non esista. A mano a mano che si perfezionano i nostri mezzi di indagine noi riusciamo a dimostrare la secondarietà di molte malattie e manifestazioni prima considerate primitive, idiopatiche, criptogenetiche. Così si è riconosciuto che molte forme di porpora prima ritenute primitive sono in rapporto con la meningococcemia, con la tubercolosi, con la lues, e che le cosidette porpore fulminanti sono quasi tutte manifestazioni emorragiche che si sviluppano nel corso di setticemie diverse, rapidamente mortali (vaiolo, scarlattina, ecc.).

A rigor di termine noi dovremmo chiamare porpore primitive quelle provocate principalmente da fattori costituzionali, porpore secondarie quelle provocate principalmente da fattori occasionali ben definiti. La distinzione però non è facile perchè in ogni caso agiscono in grado diverso fattori dell'una e fattori dell'altra specie. Così le manifestazioni emorragiche che possono aversi nel corso di alcune infezioni presuppongono nell'individuo colpito una predisposizione costituziona-

le: infatti una meningococcemia, una tubercolosi, determinano fenomeni emorragici non in tutti, bensì solo in un piccolo numero di individui colpiti.

Premesso che la distinzione tra porpore primitive e porpore secondarie non è affatto netta nè sicura, passeremo in rivista le principali forme di queste malattie, dando prima una rapida scorsa storica alla loro classificazione.

Gli autori più antichi ammettevano una pluralità delle porpore. Essi distinguevano:

1) la porpora semplice: petecchie isolate, specialmente alle regioni estensorie delle estremità, mai al viso, talvolta anche nausea, malessere, lieve febbre; durata pochi giorni o una, due settimane;

2) la porpora emorragica: emorragie cutanee più estese, emorragie mucose; febbre non costante; frequenti recidive;

3) la porpora orticata: sintomi gastrici, dolori agli arti, comparsa di petecchie e di papule che assumono carattere emorragico;

4) la porpora reumatica: comparsa di petecchie isolate, dapprima agli arti inferiori al disotto del ginocchio, in malati che prima ebbero dolori reumatici o che li presentano contemporaneamente alle articolazioni, che sono tumefatte; decorso a tappe dell'eruzione emorragica, febbre a tipo remittente;

5) la porpora addominale (Henoch): cefalea, spossatezza, dolori violenti agli arti e al dorso, arrossamento e tumefazione articolari, febbre sotto i 38; dopo pochi giorni piccole macchie purpuriche che poi confluiscono in grandi chiazze, e dolori addominali violenti. Spesso anche vomito sanguigno e diarrea sanguigna; miglioramento dopo pochi giorni; frequentissime le recidive; esito abituale in guarigione;

6) la porpora fulminante: rapido sviluppo di estese ecchimosi che in poco tempo colorano in blu-nero intere estremità; sintomi generali gravissimi, morte in 1-4 giorni.

Alcune di queste forme, specialmente la porpora semplice e la porpora fulminante, comprendono senza dubbio malattie etiologicamente e patogeneticamente molto diverse.

Presto però dal grande gruppo delle porpore si è distinta una forma speciale, bene caratterizzata per i suoi sintomi clinici e per i suoi reperti ematologici: la malattia di Werlhof.

Lenoble (1905) divide le porpore, seguendo criteri ematologici, in: *a*) porpora emorragica vera o porpora mieloide, che per i suoi caratteri si può identificare con la malattia di Werlhof; *b*) eritemi infettivi emorragici a forma porporica.

Hutinel (1909) divide le porpore in: 1) porpore reumatoidi; 2) porpore infettive; 3) malattia di Werlhof. Secondo Hutinel le porpore infettive sarebbero determinate dai germi più diversi; le forme fulminanti sarebbero malattie eruttive a forma emorragica (vaiolo, scarlattina), mortali prima della comparsa dell'esantema. Suddivide le porpore infettive in forme iperacute (o fulminanti), forme acute (tifoidi) e forme subacute e croniche.

Queste ultime si manifesterebbero spesso in forma intermittente; sono queste le forme in cui ad un primo attacco lieve può talvolta seguire un successivo attacco grave e mortale. Questi casi sono spesso descritti col nome di Werlhof, erroneamente, secondo Hutinel, perchè mancano le caratteristiche cliniche principali del Werlhof, cioè l'assenza di febbre, l'euforia, le ecchimosi più grandi accanto alle petecchie.

Frank divide le porpore in: 1) trombocitopenia essenziale o malattia di Werlhof; 2) trombocitopenia maligna e sintomatica. Si sviluppa nel corso di gravi infezioni settiche; 3) angiopatie (porpora anafilattica, porpora di Schoenlein, porpora di Henoch); 4) endoteliosi emorragica nella sepsi lenta.

Finalmente Glanzmann divide le porpore in: 1) porpora anafilattica; 2) morbo di Werlhof. Della porpora anafilattica distingue: *a*) la forma cronica intermittente (porpora semplice, porpora orticata, porpora con edemi, porpora con manifestazioni articolari, porpora con polineurite, porpora con emorragie intestinali e coliche, porpora con albuminuria e nefrite emorragica); *b*) la forma acuta infettiva; *c*) la forma fulminante infettiva. Del morbo di Werlhof distingue: *a*) il morbo di Werlhof idiopatico, nelle sue tre forme: cronica intermittente, acuta e fulminante; *b*) il morbo di Werlhof sintomatico, nelle gravi malattie del sangue. La forma anafilattica si distinguerebbe nettamente dalla malattia di Werlhof. Essa è sempre in rapporto con stati infettivi, noti od ignoti, si accompagna perciò a cefalea, inappetenza, febbre. Le petecchie hanno una grandezza che varia da quella di una testa di spillo a quella di una lenticchia, sono rare quelle più grandi, rare le emorragie dalle mucose. Le petecchie prediligono le estremità e le regioni vicine alle articolazioni, esse sono di solito simmetriche, risparmiano la testa. Coesistono spesso orticaria, eritemi, edemi, tumefazioni e dolori articolari, polineurite, coliche, melena, nefrite emorragica. Anche i reperti ematologici sono del tutto diversi da quelli del Werlhof: il tempo di emorragia è normale, le piastrine non sono diminuite, il coagulo si retrae normalmente; di solito si osserva una lieve leucocitosi neutrofila ed eosinofilia. Come lo dice

il nome, si tratta, secondo Glanzmann, di una manifestazione anafilattica: perchè essa si produca è sempre necessaria un'infezione o una sensibilizzazione di altro genere (p. es., riassorbimento intestinale di proteine non disintegrate). Per il morbo di Werlhof è invece caratteristica l'euforia. In pieno benessere si manifestano delle petecchie, che sono sempre accompagnate anche da ecchimosi più grandi. Sono molto frequenti le emorragie dalle mucose. La distribuzione delle petecchie è asimmetrica, la testa spesso non è risparmiata. Non si osservano mai edemi, orticaria, artropatie, nefrite; la febbre manca all'inizio, in seguito si può però manifestare in rapporto con il riassorbimento di emorragie abbondanti o con infezioni secondarie. Il tempo di emorragia è prolungato, le piastrine sono fortemente diminuite e morfologicamente alterate, il coagulo non si retrae (non si separa il siero); si ha lieve leucopenia e linfocitosi.

A scopo di maggior chiarezza vogliamo ora rivedere le principali forme di porpora basandoci sulla loro patogenesi. La manifestazione che dà l'impronta alla malattia, la tendenza abnorme alle emorragie può essere in rapporto con diversi fattori di cui i principali sono lo stato anormale del sangue e lo stato anormale dei vasi sanguigni. L'alterazione del sangue che dà luogo alle manifestazioni emorragiche è la diminuzione delle piastrine, la trombopenia, che clinicamente si rivela con un prolungamento del tempo di emorragia. Trombopenia e prolungamento del tempo di emorragia caratterizzano un gruppo ben definito di porpore, il gruppo del Werlhof. La trombopenia, il sintomo specifico di queste malattie, può dipendere a sua volta da affezioni del midollo osseo, o da affezioni della milza o del sistema reticolo-endoteliale. Nel primo caso sostanze nocive che ledono il midollo vi distruggono i megacariociti, progenitori delle piastrine; nel secondo caso tossine formate dalla milza ammalata agiscono nello stesso senso, oppure le piastrine stesse vengono dalla milza anormale distrutte in quantità eccessiva; mentre in altri casi ancora è inibita la formazione delle piastrine per deficiente differenziazione dei megacariociti in conseguenza delle correlazioni spleno — o spleno meseraico, o reticolo-endotelio — midollari; così nel tifo, nella leishmaniosi, nel morbo di Gaucher, ecc.

Quando la causa nociva che agisce sul midollo o sulla milza è identificabile, si parla di Werlhof secondario. La malattia è in rapporto con tossi-infezioni (tifo, difterite, scarlattina, tubercolosi, ecc.) che danneggiano il midollo o la milza, oppure con la proliferazione abnorme di determinati elementi midollari (leucemie, pseudo-leucemie, anemia perniciosa, ecc.) che inibiscono la formazione di piastrine riducendo il numero dei megacariociti. Nelle forme secondarie di Werlhof l'alterazione del sangue spesso non si limita alla diminuzione delle piastrine: la causa nociva che agisce sul midollo vi distrugge (o ne inibisce lo sviluppo) oltre ai progenitori delle piastrine anche i progenitori degli eritrociti e specialmente quelli dei leucociti. Frank chiama « ipoleukia » le forme più leggere di tali malattie, quali si osservano, p. es., nel tifo, nella leishmaniosi, ecc.; mentre designa col nome di « aleukia emorragica » i casi più gravi, da Klemperer chiamati « amielia », da altri autori « mielotisi ». Così come in queste forme, secondo Frank e Glanzmann, anche nel Werlhof primitivo la trombopenia sarebbe determinata da una deficiente formazione di piastrine, ma poichè nel Werlhof primitivo questa deficiente produzione non è in rapporto con una distruzione di megacariociti, essi parlano di « trombopenia essenziale ». La teoria che attribuisce la trombopenia del Werlhof primitivo ad una deficiente formazione di piastrine è però combattuta da altri autori i quali credono che la trombopenia sia determinata da un'eccessiva distruzione di piastrine circolanti nel sangue (Katznelson, Forster, Eppinger, Sternberg, Nagy). Infatti all'autopsia di alcuni casi di Werlhof e di anemia aplastica, si riscontrarono nel midollo numerosi megacariociti. Non è quindi lecito attribuire la trombopenia riscontrata in vita in questi casi ad una distruzione di megacariociti e quindi deficiente produzione di piastrine. Per tali considerazioni Sternberg chiama il morbo di Werlhof « porpora trombolitica ».

Secondo Katznelson le piastrine verrebbero distrutte esageratamente nella milza: il morbo di Werlhof sarebbe una splenopatia primitiva. L'aumento delle piastrine che nel Werlhof segue alla splenectomia non basta a dimostrare tale ipotesi: infatti la milza potrebbe anche provocare la trombopenia esercitando un'azione inibente sulla trombocitogenesi midollare. Weill combatte il termine « trombopenia essenziale » perchè basato su un solo sintomo; mentre il Werlhof dipenderebbe da lesioni delle piastrine, degli endoteli e del plasma, per cui parla di « discrasia endotelio-plasmatica ». Anche secondo altri autori (Frank) nel Werlhof la causa nociva determinerebbe, oltre alla trombopenia, anche delle lesioni della parete dei capillari; però queste lesioni si devono considerare come accessorie e di secondaria importanza rispetto alla trombopenia (Dionisi).

Vediamo ora quali rapporti esistono fra la trombopenia e la tendenza alle emorragie. I rapporti non sono sempre assoluti: esistono casi con forte

trombopenia senza tendenza alle emorragie, ed esistono d'altra parte diatesi emorragiche con molte piastrine e tempo di emorragia normale. L'ipotesi più accettabile per quanto riguarda i rapporti tra la trombopenia e le manifestazioni emorragiche è quella che ammette che quando c'è trombopenia si esagerano gli stravasi sanguigni formantisi in seguito a trauma o in seguito ad atonia tossica o nervosa dei capillari. Nel trombopenico le emorragie sono in rapporto con « microtrauma », quali la pressione del colletto, degli indumenti, i colpi di tosse, gli starnuti, ecc.

Il morbo di Werlhof primitivo è considerato il prototipo delle porpore primitive, dovute a cause costituzionali. Le forme acute e quelle fulminanti di Werlhof sono probabilmente sempre forme secondarie. Morbo di Werlhof primitivo è soltanto quello a decorso cronico. Secondo Frank, il morbo di Werlhof potrebbe decorrere in 4 modi:

a) trombopenia intermittente. Le piastrine sono diminuite solo durante gli accessi emorragici, che di solito durano alcune settimane;

b) trombopenia continua. Permanente tendenza alle emorragie, che si può dimostrare, se mancano le manifestazioni, con la prova del laccio (comparsa di petecchie nel braccio reso ischemico per circa tre minuti da un laccio che però non abolisca il polso) e dal prolungamento del tempo di emorragia;

c) dopo lunga durata, la malattia si può trasformare in anemia aplastica;

d) fin dall'inizio la malattia assume il quadro dell'anemia aplastica; esistono trombopenia e polinucleopenia: è questa l'« aleukia emorragica ».

È realmente primitivo il morbo di Werlhof nella sua forma cronica? L'assenza di febbre, l'euforia, il decorso cronico intermittente che lo caratterizzano, sembrano dimostrarlo. Però alcuni autori credono che esistano stretti rapporti tra la forma cronica del Werlhof e la tubercolosi; è interessante a tale proposito la constatazione che nei tubercolosi è possibile determinare sperimentalmente, con iniezioni di tubercolina, il sintomo principale del Werlhof, la trombopenia (che si protrae per più di 24 ore).

Rivolgiamoci ora a quelle forme di porpora in cui non esistono grossolane alterazioni del sangue, cioè alle porpore nel senso più stretto. Noi possiamo considerarle tutte forme secondarie ad infezioni conosciute o sconosciute; la tendenza alle emorragie è dovuta ad alterazioni dei capillari. È questo il gruppo chiamato dalla maggior parte degli autori « morbo di Schonlein-Henoch », da Glanzmann « porpora anafilattica ». La lesione dei capillari, causa delle emorragie, consiste in una dilatazione paralitica determinata da sostanze tossiche, per cui queste forme vengono anche chiamate « tossicosi capillare-emorragica ». Le sostanze nocive che agiscono sui capillari sarebbero, secondo Glanzmann, l'anafilotossina, secondo altri autori, sostanze tossiche prodottesi durante lievi forme di sepsi, secondo Frank dei prodotti simili all'istamina, originatisi nel contenuto intestinale probabilmente per azione batterica. Di queste forme morbose molte sono state messe in rapporto con la tubercolosi, perchè la cutireazione è stata spesso trovata positiva ed intensa. La teoria anafilattica di Glanzmann spiegherebbe bene i rapporti fra porpora e tubercolosi, perchè la tubercolosi è una malattia squisitamente anafilattizzante; d'altra parte però, come osserva Dionisi, l'esagerata sensibilità alla tubercolina potrebbe non dimostrare altro che la latente tossicosi capillare, facilmente attivata per l'introduzione parenterale di proteine. Molte forme di questo gruppo sono determinate da infezioni meningococciche, come ha fatto notare Netter e come ha poi confermato le Bourdeies.

In questo gruppo di porpore secondarie rientra anche la porpora fulminante di Henoch. Questa forma si osserva in alcune gravi setticemie, vaiuolo, scarlattina, meningococcemia.

Oltre al gruppo delle porpore di Schoenlein-Henoch esiste un'altra forma morbosa in cui l'abnorme tendenza alle emorragie è determinata da lesioni dei capillari, la « endoteliosi emorragica », nell'endocardite lenta. In questa forma morbosa gli endoteli dei capillari partecipano al processo morboso che si svolge a carico dell'endocardio, assumendo funzione macrofagica, distaccandosi, e passando nel sangue in cui si possono dimostrare (metodo della goccia spessa di Schilling). Attraverso ai capillari così alterati passano facilmente gli elementi costitutivi del sangue.

*
* *

Terminata questa scorsa nel campo delle porpore, che cosa rimane del gruppo, un tempo considerato vasto, delle porpore primitive? Una sola forma morbosa, la malattia di Werlhof nella sua forma cronica-intermittente. Ed anche su tale gruppo residuo non è stata ancora detta l'ultima parola.

Vogliamo ora alla fine esporre l'ottima divisione patogenetica delle porpore fatta da Werlhof, che attribuisce tutte le forme di porpora a cause nocive svariate: batteri, tossine, prodotti anormali del ricambio, disturbi ormonici, ecc. Queste cause nocive determinano il sintomo porpora agendo su uno o su vari di tre sistemi: il sistema dei capillari, la milza, il midollo osseo.

a) Lesioni dei capillari. Esse possono essere anatomiche o funzionali. In tutti e due i casi determinano un'abnorme permeabilità o fragilità delle pareti, dovuta nei casi funzionali (cosidetta

« diatesi vasoneurotica ») ad influenze di nervi vasomotori, negli altri casi alle sostanze nocive prodotte dalla malattia primitiva, sostanze che agiscono sui capillari o direttamente, oppure indirettamente, attraverso la lesione della milza (splenotossine secondo Cori, ormoni splenici anormali secondo Schultz). Queste lesioni del sistema capillare danno luogo alle porpore nel senso stretto;

b) Lesioni della milza. Esse determinano trombopenia. La causa dannosa di solito agisce direttamente sulla milza; in altri casi le sostanze dannose per la milza provengono dal midollo osseo (mielotossine).

La milza ammalata, oltre a distruggere in quantità le piastrine determinando trombopenia da trombocitolisi, può agire anche per via ormonale sul midollo osseo, inibendo la formazione delle piastrine (trombopenia da inibita formazione di piastrine), inoltre, come vedemmo, tossine od ormoni splenici alterano anche i capillari. Ne risultano le forme di porpora caratterizzate da trombopenia, cioè il gruppo del Werlhof. Questo stesso gruppo morboso è determinato anche da:

c) Lesioni del midollo osseo, che sono conseguenza diretta della causa nociva oppure che sono indirettamente provocate dall'azione di ormoni anormali prodotti dalla milza ammalata o lesa. Le lesioni midollari consistono in una distruzione o inibita maturazione di megacariociti (quindi trombopenia da diminuita formazione di piastrine), in alcuni casi associate ad eguali alterazioni a carico degli altri elementi midollari (mielotisi, ipoleukia, od aleukia di Frank).

LAVORI ORIGINALI.

SANATORIO DELLA C. R. I. « CESARE BATTISTI » - ROMA.

La cura della tubercolosi con l'aurotiosolfato di sodio (Sanocrysina).

Prof. GUIDO MENDES, direttore.

(*Contin. vedi fasc. 49*).

Esporrò ora qui in riassunto le osservazioni fatte ed i resultati ottenuti:

OSSERVAZIONE I. — A... Achille, anni 32, custode scolastico.

Eredità negativa. Anamnesi remota negativa eccetto una pleurite secca sofferta nel 1918.

La malattia attuale inizia apparentemente nel febbraio del 1926 con tosse, catarro, sputi emottoici e modica febbre.

Entra in Sanatorio il 18 dicembre 1925, dove si constata una infiltrazione fibro-caseosa del lato polmonare superiore di destra a tendenza fibrosa.

Il paziente resta per circa un mese in osservazione durante il qual periodo, mercè la cura sanatoriale, i fenomeni locali sono emendati notevolmente e la temperatura è caduta completamente.

Si inizia ciò nondimeno la cura sanocrysinica il 12 gennaio 1926 con 0,10 centgr. come prima dose.

La 2ª iniezione di 0,20 centgr. viene fatta 5 giorni dopo e susseguono le altre a dosi crescenti di 0,30, 0,50, 0,65, 0,75, 0,90, 1 gr., 1 gr., 1 gr., 1,05, con l'intervallo medio di 8-10 giorni.

Le iniezioni determinano delle elevazioni termiche progressivamente crescenti fino alla 7ª iniezione (dose 0,90) che ha dato una febbre effimera di 39.5; in seguito ripetendo la stessa dose dopo un intervallo di 10 giorni la reazione termica raggiunge a malapena i 38, per essere successivamente sempre meno pronunziata.

Localmente quasi nessun fenomeno reattivo da parte del parenchima polmonare, al contrario si vengono man mano riducendo progressivamente i fatti umidi su tutti i focolai al punto che dopo la 5ª iniezione di *Sanocrysina* (tre mesi di cura sanatoriale erano già trascorsi) l'esame obbiettivo toracico diventa quasi completamente negativo.

Parallelamente a questo miglioramento si nota la scomparsa, che è rimasta poi definitiva, dei bacilli di Koch dall'espettorato.

Questo miglioramento si mantiene fino all'uscita dell'ammalato avvenuta il 19 giugno 1926.

Il soggetto viene riveduto tre mesi dopo la sua uscita dal Sanatorio e non si nota in lui più alcun segno clinico dell'episodio polmonare trascorso.

Azione della *sanocrysina* sul paziente:

Già dopo l'iniezione di 0,20 centgr. si è notata, come si è detto, una elevazione termica che raggiunge i 38 con qualche segno di congestione particolarmente localizzata al lobo polmonare superiore sinistro; inoltre dolori articolari ed insonnia. Tali fenomeni sono stati molto passeggeri ed hanno ceduto dopo due o tre giorni.

Reazione analoga si nota dopo la 5ª iniezione di 0,65 centgr. con fenomeni questa volta a carico del sistema gastro-enterico.

Alla 7ª iniezione di centgr. 0,90, parallelamente all'aumento notevole di temperatura, si osserva

infiammazione della mucosa buccofaringea, con dolori generali, cefalea, spossatezza.

Tali fatti persistono oltre una settimana, e non si ripetono più nelle iniezioni successive, sebbene si sia raggiunta e superata la dose di 1 gr. Solo dopo l'ultima iniezione di gr. 1.5 la temperatura si eleva di qualche decimo e ricompaiono dolori localizzati particolarmente ai reni, mentre la tosse e l'espettorazione sono lievemente aumentate.

Anche questi fenomeni scompaiono del resto dopo pochi giorni.

Due giorni dopo la prima iniezione compaiono già nelle urine traccie minime di albumina senza cilindri, e tale continua il reperto renale fino alla 13ª iniezione di gr. 0.75, dopo la quale compaiono nel sedimento anche scarsi cilindri ialini e granulosi.

Tale reperto si mantiene con delle oscillazioni nella quantità dei cilindri durante tutto il restante della cura, ed è solo dopo circa due mesi dall'ultima iniezione di gr. 1.05 che scompaiono completamente l'albuminuria e la cilindruria. L'esame della funzionalità non rivela disturbi nella secrezione renale.

Concludendo: Si tratta in questo caso di una forma di tubercolosi fibrocaseosa tendente alla fibrosi, e tale tendenza è stata favorita, oltrechè dalla cura sanatoriale, forse anche dalla cura sanocrysinica, o per lo meno non è stata modificata in senso sfavorevole.

Così pure le lesioni tossiche dovute alla *sanocrysina* non hanno avuto alcun effetto dannoso sull'andamento generale della malattia. Non è però neppure evidente un'azione favorevole o risolutiva della *sanocrysina* nella lesione tubercolare, poichè questa si è emendata solo dopo sei mesi di cura sanatoriale, fatto di frequente constatazione all'infuori di qualsiasi trattamento medicamentoso.

OSSERVAZIONE II. — R... Livio, anni 24, impiegato.

Gentilizio fortemente tarato (il padre ed un fratello sono morti di tubercolosi).

Anamnesi personale non compromessa: febbre spagnola nel 1919.

La malattia tubercolare si è iniziata nella primavera del 1925 con tosse catarrale, rialzi termici vesperali, senso generale di debolezza, sotto forma di una infiltrazione fibrocaseosa volgare, prevalentemente a carico del lobo polmonare superiore sinistro, con tendenza a limitati fatti ulcerativi.

L'inizio ed il decorso della malattia hanno avuto carattere subacuto con scarsi fatti tossici e modica febbre, che ha ceduto dopo un breve periodo di riposo in sanatorio.

L'esame dell'espettorato è positivo per il bacillo di Koch (Scala dei Gaofki III).

Dopo circa quaranta giorni di permanenza in sanatorio, il 12 gennaio 1926, si inizia la cura sanocrysinica con una prima dose di 0.10 cmc. e dopo quattro giorni di 0.20 cmc., che dà luogo ad una discreta reazione termica pari a 38.7, senza dolori e senza sintomi reattivi di focolaio.

Si proseguono poi ad intervalli di otto giorni le iniezioni a dose progressiva di 0.30, 0.45, 0.60, 0.70. 0.80. Le reazioni termiche oscillano intorno ai 38.5-38.9 nel giorno seguente all'iniezione, ma fino alla 7ª somministrazione non si è avuto altro disturbo, anzi il peso è progressivamente aumentato di 4 kilogrammi.

Dopo l'introduzione di 0.70 centigr. si è avuto però un accenno ad una lieve stomatite, e dopo la successiva iniezione di 0.80 centigr. i fenomeni a carico della mucosa buccale si sono fatti più gravi; l'infiammazione si è estesa infatti alle gengive ed a tutto il palato molle, che ha assunto una colorazione rosso-ardesiaca, con punteggiature color rosso vivo.

Contemporaneamente l'esame delle urine ha rivelato la presenza di traccie di albumina, di qualche cilindro e di cellule renali.

La 8ª iniezione di 0.90 centigr. produce un notevole aggravamento della stomatite, che dà molta noia all'infermo e gli impedisce di nutrirsi.

In corrispondenza del lobo superiore polmonare sinistro, persistono invariati gruppi di rantoli consonanti, e tali fatti si accompagnano a dimagrimento ed a depressione dello stato generale.

Si lascia quindi trascorrere un mese circa prima di riprendere la cura e poi si ricomincia con una dose minore della precedente (0.50 centigr.), che viene di nuovo poi rapidamente aumentata con iniezioni successive di 0.75 ed 1 gr., che si ripete per due volte.

La reazione termica a queste ultime iniezioni è minima, i disturbi a carico della mucosa buccale sono cessati, l'esame delle urine rivela solo minime traccie di albumina, ma non cilindri nè epiteli renali.

L'esame locale è però rimasto pressochè invariato, malgrado il discreto stato generale, persistendo numerosi rantoli a piccole bolle consonanti sulla regione sopra- e sotto-spinosa e sopraclavicolare sinistra.

L'esame dell'espettorato è ancora positivo per il bacillo di Koch sebbene in misura minore (S. G. I.).

Si procede pertanto alla costituzione di un pneumotorace terapeutico, che riesce completo e viene proseguito con buon risultato.

Azione della *sanocrysina* sul paziente.

In questo caso di tubercolosi fibrocaseosa comune non si può dire che la *sanocrysina* abbia esercitato alcuna notevole influenza benefica, sebbene sia stata abbastanza ben sopportata dall'infermo, perchè all'infuori della stomatite sofferta, non si può dire vi sia stato altro inconveniente grave nel suo uso.

Il rimedio è stato sopratutto in questo caso ben sopportato dai reni, che non hanno dato luogo che a lievissime e fugaci modificazioni patologiche delle urine.

Sta di fatto però che dopo espletata la cura sanocrysinica, anche in questo caso si è dovuto ricorrere alla collassoterapia per aver un buon risultato, altrimenti non conseguito.

OSSERVAZIONE III. — A... Ferdinando, anni 23, ferroviere.

Gentilizio compromesso.

L'anamnesi personale rivela i primi segni della tubercolosi a 18 anni sotto forma di febbri intestinali seguite più tardi da catarro bronchiale.

La malattia attuale inizia nel marzo del 1925 in modo subdolo. Nel novembre 1925 ebbe emottisi. Si curò a domicilio fino al 1º gennaio 1926, data nella quale entrò in Sanatorio.

Quivi viene riscontrata una infiltrazione fibrocaseosa tipo prevalentemente fibroso ai due lati, con escavazione del lobo superiore sinistro tendente alla retrazione.

La temperatura ha un carattere subfebbrile con periodiche riprese di breve durata raggiungenti un massimo di 38 alla sera.

Si comincia la *sanocrysina* il 29 gennaio 1926 con dosi di 10 centigr. Si prosegue colle dosi di 0.20, 0.35, 0.50, 0.65, 0.80, 0.90, 1 gr., con intervalli di circa otto giorni tra una iniezione e l'altra e ripetendo l'ultima dose di 1 gr. per tre volte.

Le condizioni generali momentaneamente migliorarono mentre localmente le lesioni rimasero pressochè immutate e quindici giorni dopo l'ultima iniezione si ebbe una piccola emottisi.

Attualmente la lesione conserva il suo carattere fibroso con la tendenza torpida che aveva prima della cura sanocrysinica, mentre anche ora periodicamente si ripetono le *poussées* che si osservano spesso in simili casi.

Azione della *sanocrysina* sul paziente.

Dal punto di vista generale la *sanocrysina* determinò scarse reazioni, e ciò è spiegabile per il carattere torpido delle lesioni, e così pure le reazioni termiche furono molto discrete e si attenuarono nel progresso della cura, malgrado che le dosi aumentassero. Però non si può dire che il rimedio abbia influito beneficamente neppure sulla curva termica, che segue tuttora il suo ciclo di periodi di apiressia, alternati con elevazioni termiche concomitanti con le varie *poussées* evolutive.

Prima d'iniziare la cura sanocrysinica l'esame delle urine rivelava qualche traccia di albumina. Queste persistettero immutate durante la cura; però in seguito alla dose di gr. 0.65 l'esame del sedimento rivelò anche la presenza di cilindri granulosi.

La cilindruria si attenuò e scomparve dopo qualche giorno, ma si ripetè in seguito alle successive iniezioni perdurando per qualche tempo. In questo caso la *sanocrysina* non aggiunse dunque di proprio al rene, già leggermente intossicato, nessun'altra lesione, fatta eccezione di quella dovuta alla eliminazione di una dose piuttosto alta del metallo, lesione che si dimostrò passeggera.

In seguito alla stessa dose suddetta di 0.65 si notarono anche stomatite e disturbi gastro-intestinali che evidentemente hanno avuto lo stesso significato della cilindruria.

L'esame batteriologico dell'espettorato non è stato influenzato notevolmente dalla cura. Nei primi tempi si osservò una certa diminuzione nel numero dei bacilli nei successivi esami, ma il reperto ha continuato ad essere positivo.

Le radiografie eseguite prima e dopo la cura non dimostrano alcun notevole divario.

Concludendo: Questo caso di tubercolosi cronica a tendenza fibrosa e torpida dalla cura sanocrysinica non è stato danneggiato nella sua naturale evoluzione clinica. Però nessun beneficio evidente fu ritratto dal paziente.

OSSERVAZIONE IV. — P... Daniele, anni 25, impiegato.

Gentilizio sospetto.

L'inizio della malattia attuale risale al 1921 e si manifestò con emottisi, che si sono venute ripetendo fino al 1924. Entrò in Sanatorio il 18 novembre 1925. Viene riscontrata una tubercolosi fibro-caseosa prevalente a destra, a tendenza ulcero fibrosa. Temperature leggermente febbrili fino a 38 la sera.

Esame dell'espettorato positivo pei bacilli di Koch.

Per quattro mesi fu sottoposto ad osservazione prima di iniziare la cura colla *sanocrysina*.

Durante questo periodo, nel quale il paziente fece esclusivamente le cure sanatoriali, si notò un notevolissimo miglioramento generale con caduta spontanea e completa della temperatura, ed aumento di peso (da 58 kg. a 67,700).

La prima iniezione viene fatta il 13 marzo 1926 con 0,10 centgr. di *sanocrysina*, susseguentemente la seconda di 0,25 centgr. quattro giorni dopo, ed in seguito 0,35, 0,45, 0,60, 0,75, 0,80, 0,90, gr. 1, gr. 1 sempre con un intervallo da 8 a 10 giorni tra una iniezione e l'altra.

Le iniezioni non determinarono che una scarsa e fugace reazione termica che non oltrepassò mai i 37,6 e durante le prime iniezioni il malato continuò a conservare i vantaggi che aveva acquistato nei primi quattro mesi di cura sanatoriale.

Verso la metà di maggio, cioè alla 9ª iniezione, pari a centgr. 0,90, incomincia a notarsi un leggero deperimento con discesa del peso massimo raggiunto di 69,200 a 67,500.

Le condizioni locali del polmone destro restano immutate, una certa diminuzione dei fenomeni ascoltatori si rivela invece a sinistra.

Si decide pertanto a coadiuvare la cura della *sanocrysina* con l'attuazione di un pneumotorace, che si inizia a destra il 17 maggio 1926 e riesce quasi completo.

Si continua però la somministrazione della *sanocrysina* arrivando alla dose di un grammo, che viene ripetuta per due volte, all'ultima iniezione segue però una reazione termica più elevata della precedente e con questa segni generali di intolleranza (una stomatite aftosa ed alterazioni renali). Si decide pertanto di sospendere la cura sanocrysinica, che del resto risultava completata, continuando invece il pneumotorace che prosegue ora con buoni risultati.

Azione della *sanocrysina* sul paziente.

Dopo la 2ª iniezione di centgr. 0,25 si notò comparsa di sputi emottoici accompagnati da enantema limitato al faringe ed alle tonsille; null'altro malgrado le progressioni delle dosi.

In seguito alla 5ª iniezione di centgr. 0,45, senza visibile albuminuria compaiono cilindri ialini e granulosi, che dopo qualche giorno spariscono dal sedimento; però dopo la 9ª iniezione di centigrammi 0,90 si verifica nuova e più abbondante presenza di cilindri granulosi, insieme a manifeste tracce di albumina.

Tale reperto si mantiene immutato fino a parecchie settimane dopo l'ultima iniezione. L'esame batteriologico dell'espettorato è divenuto negativo solo dopo l'istituzione del pneumotorace. Il reperto radiografico, ripetuto due volte durante il primo periodo di cura sanocrysinica, non ha rivelato alcun importante divario.

Concludendo:

Si tratta di un caso di tubercolosi cronica-ulcerosa, tendente alla fibrosi. La *sanocrysina* non ha per nulla modificato l'andamento naturale del processo, la cui benignità era stata nettamente provata dai risultati immediati della cura sanatoriale.

Al contrario sembra che la *sanocrysina* abbia determinato un leggero peggioramento, sia pure

passeggero, nello stato generale in rapporto probabilmente coll'intossicazione metallica che ha prodotto qualche lesione negli organi emuntori.

OSSERVAZIONE V. — B... Luigi, anni 27, rappresentante di commercio.

Gentilizio compromesso (lues paterna).

Anamnesi personale sospetta: ha avuto una pleurite essudativa sinistra a 18 anni. La malattia attuale si è manifestata nel 1923 con emoftoe improvvisa in mezzo ad uno stato di completo benessere, non fu seguita da fenomeni generali di qualche entità.

L'emottisi si ripetè otto mesi dopo e poi nel luglio 1925 e nell'ottobre 1926: da allora si iniziarono lievi rialzi termici, tosse e scarso espettorato.

Entra in Sanatorio l'8 febbraio 1926, e gli è riscontrata una tubercolosi ulcero-fibrosa localizzata del lobo superiore destro, ed una infiltrazione a carattere fibroso del lobo superiore sinistro.

L'esame dell'espettorato è positivo pel bacillo di Koch (Scala Gofhi 4).

L'ammalato viene tenuto in osservazione fino al 1° marzo 1926, periodo durante il quale si è verificata la caduta completa della temperatura, ma le condizioni somatiche generali rimangono stazionarie.

Si inizia la cura sanocrysinica il 13 marzo 1926 con 0,10 centgr., si ripete una 2ª iniezione cinque giorni dopo di 0,20, e si prosegue con 0,30, 0,40, 0,50, 0,60, 0,70, 0,80, 0,80 ad intervalli di dieci giorni in media tra una introduzione e l'altra.

Dopo la 1ª iniezione si ha una reazione termica che raggiunge i 37,8 senza nessun altro segno, nè locale, nè generale; dopo la 2ª si nota nuova elevazione termica che raggiunge i 38.

Localmente non si percepisce alcuna reazione di focolaio.

Reazioni termiche analoghe si ripetono dopo le altre somministrazioni non superando un massimo di 38,5, reazioni che sono state sempre effimere.

Dopo la 9ª iniezione si rendono più evidenti i fatti umidi ai due lobi superiori, e contemporaneamente si notano disturbi gastrici, diminuzione di appetito e disturbi digestivi, e si accentuano le turbe enteriche (diarrea) apparse già dopo la 2ª iniezione.

Ciò malgrado il peso è aumentato da 51 fino a 52,100 kg.

Si lascia così trascorrere un mese da tali manifestazioni nel quale periodo di sosta i fenomeni reattivi polmonari si sono emendati, ed il peso ha continuato il suo aumento progressivo.

Si procede poi ad una seconda serie di iniezioni di *sanocrysina* iniziando con la stessa dose e proseguendo con le stesse quantità e gli stessi intervalli della volta precedente, fino alla dose di 0,40 centgr., dopo la quale la cura viene sospesa in seguito al riapparire delle turbe gastroenteriche che questa volta disturbano molto l'infermo.

Il malato continua la cura sanatoriale ordinaria, le condizioni polmonari rimangono invariate persistendo la lesione nella sua torpidità, ma si ha apiressia completa, ed aumento progressivo di peso.

L'esame dell'espettorato continua ad essere positivo pel bacillo di Koch.

Le orine, già dopo la 1ª iniezione di 0,10 centgr. hanno mostrato traccie di albumina, ed alla 2ª iniezione sono comparsi nel sedimento cilindri ialini e granulosi che aumentano notevolmente dopo la 5ª iniezione di 0,50 centgr.

In seguito si ha una diminuzione progressiva di tale reperto, che pur mantenendosi costante fino alle ultime somministrazioni, non ha dimostrato diretto rapporto di gravità con il dosaggio del rimedio.

Circa un mese dopo l'ultima iniezione le orine sono tornate normali.

Concludendo: questo caso dimostra come la *sanocrysina* dal punto di vista terapeutico non abbia avuto effetto alcuno, ma non sia riuscita a modificare menomamente il carattere evolutivo fibroso benigno della lesione.

Il malato ha mostrato intolleranza al rimedio particolarmente per l'apparato gastro-enterico, il che dice che l'intossicazione da *sanocrysina* ha quantitativamente e qualitativamente un valore tutto affatto particolare nei diversi individui.

OSSERVAZIONE VI. — P... Mario, anni 10, scolaro.

Gentilizio immune.

Nell'anamnesi un'otite purulenta bilaterale ed una uretrite gonococcica contratta nel 1924 da una donna di servizio.

La malattia tubercolare si è iniziata nei primi mesi del 1925 con tosse, qualche movimento termico, deperimento.

Entra in Sanatorio il 21 luglio 1925 e viene riscontrata una infiltrazione nodulare estesa alla regione sottoapicale destra.

Temperatura subfebbrile.

L'espettorato non può venire esaminato perchè il bambino non ne emette.

Dopo un lieve miglioramento dello stato generale, verificatosi nel primo mese di regime sanatoriale, si nota una tendenza ad estendersi del processo all'intero lobo polmonare superiore destro. Il bambino si anemizza e deperisce.

Si procede il 9 settembre 1925 alla costituzione di un pneumotorace che riesce completo. La temperatura cade totalmente e lo stato generale si avvantaggia, ma nel mese di novembre si nota una estensione del processo alla regione perilare sinistra, che assume carattere estensivo con tendenza ulcerosa.

Il 21 dicembre 1925 si ha una modica emottisi e la temperatura ritorna febbrile.

Poichè le lesioni a carico del polmone destro sembrano quiescenti, si procede alla costituzione di un secondo pneumotorace a sinistra che riesce completo. Non si abbandona però il primitivo pneumotorace a destra che si mantiene ipotensivo e si continua una collassoterapia bilaterale alla quale si associa la cura sanocrysinica.

Vengono così iniettati per via inframuscolare dapprima a cinque giorni, e poi a dieci d'intervallo, dosi successive di 0,05, 0,10, 0,15, 0,20, 0,25, 0,30, 0,35, 0,40, 0,50, 0,50 centgr. di *sanocrysina*.

Il rimedio è abbastanza ben sopportato, reazioni termiche effimere (38-38.4), ma malgrado tale chemioterapia sia associata alla collassoterapia bilaterale, la temperatura si mantiene sempre subfebbrile, lo stato generale continua ad essere molto scaduto, ed il peso a diminuire progressivamente.

Le orine, fin dalla 8ª iniezione (0,35 centgr.)

presentano traccie d'albumina e cilindri granulosi e ialini in discreta quantità.

Tali le condizioni nelle quali il paziente è stato dimesso per passare ad altro Istituto.

Azione della *sanocrysina* sul paziente.

In questa tubercolosi prevalentemente essudativa, sebbene la *sanocrysina* sia stata abbastanza ben tollerata dal paziente, non gli ha arrecato alcun notevole vantaggio.

La forma a rapida evoluzione, come sono la maggior parte delle tubercolosi polmonari infantili, è stata bensì alquanto attenuata dalla cura pneumotoracica, ma la speranza che il farmaco agisse come efficace coadiuvante alla collassoterapia è stata delusa.

Si sono manifestate invece le solite alterazioni renali che non possono non preoccupare rappresentando una seria complicazione in una malattia eminentemente tossica come è la tubercolosi.

OSSERVAZIONE VII. — B... Francesco, anni 31, operaio meccanico.

Gentilizio immune.

Anamnesi personale non segnata che da una infezione malarica contratta nel 1915. Costituzione non molto robusta. La malattia tubercolare si è iniziata nel 1918, allorchè ebbe qualche sputo emoftoico, e nel seguente anno si riaffermò con nuove e più abbondanti emottisi, accompagnate da febbre, fatti catarrali e deperimento progressivo, tanto che fu accolto in un ospedale-sanatorio dove gli fu iniziata la cura del pneumotorace, che però non è stata continuata non risulta per quale ragione.

Credutosi poi guarito riprese il lavoro per qualche anno, ma i fenomeni emoftoici si sono recentemente ripetuti ed egli è stato costretto a farsi accogliere nnovamente in cura.

Viene riscontrata una infiltrazione fibro-caseosa a tendenza fibrosa della regione apicale e sottoapicale destra, ed un focolaio di cortico-pleurite basilare destra.

L'esame dell'espettorato risulta positivo pel bacillo di Koch (Scala Gofki 5).

Il decorso della malattia è in genere torpido, ma di tanto in tanto si hanno *poussées* congestizie, nei due focolai lesionali, accompagnati da febbre ed emottisi più o meno profuse.

Ad uno di questi episodi emoftoici assistiamo dopo un mese dal suo accoglimento in Sanatorio, e dopo un tentativo inefficace di riprendere il pneumotorace, si inizia la terapia sanocrysinica.

Dati i precedenti si comincia la cura con una dose minima di 0,05 centgr. che dà luogo ad una modica reazione termica pari a 38.5, a qualche dolore articolare, ma a nessun altro fenomeno locale o generale notevole, e si prosegue con dosi progressive che danno reazioni sempre minori di 0,10, 0,20, 0,30, 0,40, 0,50, 0,60.

A questo punto sopravvengono disturbi gastroenterici notevoli, inappetenza, turbe gastriche, diarrea.

L'esame del torace fa rilevare una reazione di focolaio a carico del lobo superiore destro. Il peso è diminuito dall'inizio della cura di circa 1 kg.

Poichè però questi fenomeni tendono a migliorare rapidamente si prosegue la cura iniettando ancora 0,70, 0,85. Superata quest'ultima dose, l'esame delle urine rivela traccie di albumina ed una discreta quantità di cilindri granulosi nel sedimento. Contemporaneamente si ha comparsa di chiazze eczemiformi pruriginose limitate ad entrambe le regioni della piega del cubito.

Si attende per continuare la somministrazione che i fenomeni cutanei siano diminuiti, e che la cilindruria sia scomparsa, il che avviene solo dopo circa due settimane, e si ripete allora la stessa dose di 0,85 centgr.

Questa 10ª iniezione non dà reazioni notevoli, la temperatura, come del resto nella maggior parte delle iniezioni precedenti, non supera i 38 nel giorno susseguente, ritornando poi subito alla normale apiressia; le turbe gastro-intestinali non si ripresentano, i fenomeni locali in corrispondenza dei focolai lesionali tendono piuttosto a ridursi, solo il peso continua a diminuire.

Si prosegue pertanto con la sola precauzione di un più lungo periodo di intervallo (circa 15 giorni) tra una iniezione e l'altra, anche per attendere la scomparsa della cilindruria, che ogni volta riappare per qualche giorno, mentre una lieve albuminuria permane invariata, la somministrazione del rimedio, salendo successivamente alle dosi di 0,95 e di 1 gr., che si ripete per due volte.

In seguito alle ultime due iniezioni compare una stomatite aftosa con placche ulcerative color bianco sporco sulla mucosa interna delle guance, e sotto la lingua, ai due lati del frenulo linguale che ostacola alquanto l'alimentazione.

Non si notano altri fatti generali marcati, e la reazione termica dopo l'ultima iniezione, che è stata la 13ª, è minima.

Le solite alterazioni patologiche delle urine si mantengono per circa 20 giorni invariate, poi le traccie di albumina scompaiono e permane solo nel sedimento qualche raro cilindro ialino e granuloso.

L'infermo è alquanto dimagrito (il peso da kg. 62,200 all'inizio della cura è disceso a kg. 60 e 800), localmente si percepiscono sempre i fenomeni di focolaio tanto alla regione sopraspinosa, che alla base sinistra, ma l'esame dell'espettorato rivela una certa diminuzione dei bacilli di Koch (Scala di Gofki 1) e lo stato generale è discreto, tanto che egli chiede di venir dimesso dal Sanatorio.

Risulta però che dopo circa una settimana dalla sua uscita è andato soggetto ad una nuova e profusa emottisi.

In questa forma di tubercolosi a carattere fibroso e ad evoluzione nettamente torpida la cura di riposo da sola può spiegare il relativo miglioramento riscontrato nel paziente alla sua uscita dal Sanatorio.

La cura sanocrysinica non è intervenuta per nulla nè nella limitazione della sintomatologia, nè nella determinazione di un più rapido miglioramento tanto locale che generale.

Non è invece da escludere che l'emottisi intervenuta subito dopo l'abbandono della cura sanatoriale possa esser messa in rapporto con una azione reattiva della *sanocrysina* stessa.

In tal caso noi potremmo anche formulare il sospetto che l'ammalato appunto in causa della cura sanocrysinica abbia ritratto minori benefici di quelli che avrebbe potuto ottenere semplicemente dal lungo soggiorno in Sanatorio.

OSSERVAZIONE VIII. — A... Vincenzo, anni 25, allievo ufficiale nei carabinieri.

Gentilizio immune.

Anamnesi personale non compromessa; esiste malaria dal 1916. Presta servizio militare dal 1920; costituzione non molto robusta.

La malattia tubercolare iniziò clinicamente nel dicembre 1925 sotto forma di un'infiltrazione fibro-caseosa del lobo inferiore di destra a tendenza fibrosa. L'inizio della malattia è a carattere acuto con fenomeni tossici prevalenti.

La *sanocrysina* viene iniziata il 12 febbraio 1926 con 0,10 centgr. proseguita fino all'8 aprile a dose progressiva di 0,25, 0,35, 0,45, 0,55; a questo punto la cura viene interrotta perchè non si nota miglioramento alcuno, mentre lo scadimento generale è progressivo. Localmente i fenomeni sono poco influenzati dalla *sanocrysina*, la reazione termica è invece viva, raggiunge i 38, ma sopratutto la temperatura ha acquistato un carattere più irregolare di quello che non fosse prima di intervenire col farmaco. Inoltre, dopo l'ultima dose di 0,55 centgr., la temperatura diviene continuo-remittente e gli accessi febbrili sono più elevati di quanto prima non fossero, mentre d'altra parte la lesione polmonare appare intensamente reattivata come si può rilevare dai segni ascoltatori e dalla radioscopia.

Circa dodici giorni dopo l'interruzione della cura sanocrysinica, la temperatura sale improvvisamente coi caratteri di una crisi malarica e l'esame microscopico del sangue rivelando le forme della terzana primaverile, viene iniziata con successo la chinizzazione.

La temperatura cade, le condizioni generali si modificano notevolmente e così pure le condizioni locali.

Durante la cura nessun effetto fu dato constatare sui reni ad eccezione di traccie d'albumina, che furono più o meno costanti e permanevano il giorno d'uscita del malato stesso, 20 giugno 1926, vale a dire due mesi dopo la sospensione della cura colla *sanocrysina*.

In questo caso di tubercolosi cronica a tendenza fibrosa del lobo inferiore di destra la *sanocrysina* non solo non ebbe alcuna benefica azione sulla manifestazione acuta del processo, ma anzi contribuì alla reattivazione del processo tubercolare; contribuì probabilmente inoltre manifestamente all'esaltazione del processo malarico.

La sospensione della *sanocrysina* e la chinizzazione determinarono invece il miglioramento generale e quello locale della lesione.

OSSERVAZIONE IX. — L... Eugenio, anni 28, avvocato.

Gentilizio sospetto.

L'anamnesi parla di una infezione malarica contratta nel 1918 ed i cui accessi si sono ripetuti fino a due anni fa.

La malattia tubercolare si è iniziata nel novembre 1925 con tosse, scarso espettorato, lieve febbre vesperale. Nel gennaio 1926 ebbe una prima emottisi, che si ripetè pochi giorni dopo.

È entrato in Sanatorio il 27 febbraio 1926.

Viene riscontrata una caseosi del lobo polmonare superiore di destra con tendenza ulcerosa, ed una ulcero-caseosi estensiva all'intero polmone sinistro.

La febbre è a tipo continuo remittente, con elevazioni pomeridiane sopra i 38.

Lo stato generale è scaduto.

L'esame dell'espettorato è positivo pel bacillo Koch (Scala Gofki 2).

Dopo un periodo di osservazione di circa un mese, durante il quale queste condizioni si mantengono stazionarie, si inizia la cura sanocrysinica il 22 marzo 1926 con l'iniezione di 0,10 centigrammi e si prosegue poi ad intervalli di 5-6 giorni con successive iniezioni di 0,20 e di 0,35.

La 3ª iniezione provoca una notevole elevazione febbrile effimera di 39.4 cui concomita il risveglio di una reazione di focolaio alla base del polmone sinistro.

Le successive iniezioni di 0,45, 0,55 sono meglio sopportate e danno minori elevazioni termiche, pur mantenendosi il tipo della febbre sempre continua, però dopo la 5ª somministrazione compaiono nelle urine traccie di albumina.

Si distanziano allora di 10 giorni le introduzioni del rimedio e si prosegue la sua somministrazione con le dosi di 0,65, 0,75, 0,85, 0,95, 1 gr.

A questo punto compaiono nel sedimento delle urine cilindri ialini epiteliali e granulosi pur rimanendo minime le traccie di albumina.

Si ha grave anoressia e tosse emetizzante e malgrado l'ammalato abbia tenuto e tenga costantemente il letto, la temperatura si mantiene fra una iniezione e l'altra sempre febbrile.

Il peso però è alquanto aumentato (da 58,300 a 60 kg.) e l'esame del torace rivela una respirazione assai ridotta ed oscura su entrambi i polmoni con scarsissimi rantoli e crepitii alle basi.

Si lascia trascorrere un periodo di circa 40 giorni e poi il 20 luglio si inizia una seconda cura sanocrysinica iniettando di nuovo una dose iniziale di 0,10 centgr.; ma dopo pochi giorni, prima che si proceda ad una seconda iniezione, si ha una piccola emottisi accompagnata da elevazione febbrile sopra il 38 e da reazioni di focolaio.

Infatti a sinistra si percepiscono soffio bronchiale e rantoli risuonanti sull'intero lobo polmonare superiore e a destra il respiro è divenuto aspro su tutto l'ambito polmonare con carattere soffiante (soffio a valvola) verso la base.

Le emottisi si ripetono profuse nei giorni seguenti sempre più copiose tanto che si procede alla costituzione di un pneumotorace destro emostatico che riesce efficace.

A sinistra però i fatti ulcerativi sono venuti estendendosi a carico specialmente del lobo polmonare superiore tanto da rendere assai gravi e precarie le condizioni dell'infermo.

Azione della *sanocrysina* sul paziente.

La *sanocrysina* in questo caso ha determinato ad un certo momento, o per fenomeni di accumulo o per fatti di vera sensibilizzazione, una lesione renale tossica accompagnata da turbe dell'apparato gastro-intestinale, che aggravarono notevolmente le condizioni oggettive e soggettive.

Non è escluso, anzi è molto probabile, che le reazioni polmonari che seguirono siano state determinate o almeno favorite alla loro volta dalla lesione, sia pure passeggera, degli organi emuntori.

Infatti in un primo tempo, allorquando non esistevano i sintomi tossici accennati, le lesioni pol-

monari si erano notevolmente emendate, se non per quanto riguarda l'evoluzione del processo anatomico fondamentale, almeno per quanto concerne le alterazioni infiammatorie reattive alveolari che accompagnano sempre i processi tubercolari caseosi in evoluzione.

In altre parole la *sanocrysina* ha temporaneamente modificati i fenomeni più grossolani della sintomatologia clinica polmonare il che non deve essere confuso con una reale influenza benefica sull'andamento delle lesioni, tanto è vero che esse hanno poi seguitato la marcia disastrosa, che poteva pronosticarci fin dall'ingresso del paziente in Sanatorio.

OSSERVAZIONE X. — R... Vincenzo, di anni 23, studente.

Gentilizio assai compromesso.

Polmonite a 15 anni; da allora tosse e catarro in permanenza. La malattia ha una ripresa brusca nel 1925 con una lobite sinistra. Nel marzo 1926 fu sottoposto a pneumotorace che risultò parziale. La temperatura perciò non cadde mai al disotto ai 38. L'ammalato entra in Sanatorio il 1° luglio 1926.

Essendo impossibile continuare il pneumotorace perchè già obliterato, si inizia la *sanocrysina*.

La 1ª iniezione è di centgr. 0,10, la 2ª di 0,20, la 3ª di 0,30 centgr., a distanza di dieci giorni circa una dall'altra. A questo punto la cura viene interrotta poichè da una parte si rivela una intensa stomatite aftosa, mentre dall'altra si notano a livello della lesione di sinistra, focolai di broncopolmonite caseosa con tendenza alla confluenza.

La temperatura sale a 40 e tale si mantiene a tipo continuo remittente per oltre venti giorni dopo di che discende mantenendosi sui 38.

L'escreato aumenta abbondantemente ed è fortemente purulento.

Durante il tentativo di cura sanocrysinica ebbe sempre a notarsi una elevazione termica fino a circa 38 nel giorno successivo a quello dell'iniezione, seguito da un abbassamento progressivo nei giorni seguenti.

Localmente la reazione del parenchima nel punto della lesione presentava il tipo di una alveolite splenica, che persisteva malgrado l'abbassarsi della temperatura.

Come reazione generale soggettiva si osservò per qualche giorno prurito, agitazione, salivazione aumentata.

L'espettorato si è mantenuto e si mantiene costantemente bacillifero.

Nelle urine sono apparsi per breve tempo pochi cilindri granulosi dopo l'ultima iniezione di 30 centgr. che scomparvero peraltro dopo pochi giorni.

In questo caso di tubercolosi ulcero-caseosa del lobo superiore sinistro la *sanocrysina* ha con ogni probabilità favorito, se non determinato, il rapido rammollimento con conseguente ampliamento della escavazione del lobo superiore.

OSSERVAZIONE XI. — S... Carlo, di anni 22, studente.

Gentilizio sospetto.

Anamnesi personale apparentemente immune. Struttura organica poco robusta. Compie il servizio militare nei RR. Carabinieri.

Le fatiche agiscono su di lui in modo nocivo. Dopo circa un anno di servizio militare ammala nel gennaio 1926 di una forma di bronco-polmonite confluente subacuta caseosa a tendenza ulcerosa prevalente a sinistra.

Entra in sanatorio il 17 marzo 1926. A quest'epoca i segni di una ulcerazione caseosa, pur esistendo prevalenti a sinistra, incominciano tuttavia a manifestarsi anche a destra.

La temperatura oscilla tra 38.5 e 39.5.

L'esame delle urine rivela traccie di albumina e cilindri ialini e granulosi, oltre a cellule epiteliali liberi.

Dopo un periodo di riposo nel quale non notandosi miglioramento si tenta, senza risultato, la terapia colle stomosine specifiche, si decide, malgrado la bilateralità delle lesioni, di istituire un pneumo a sinistra. Questo viene praticato il 5 aprile 1926.

Quasi contemporaneamente, cioè il giorno dopo, si fa la prima iniezione endovenosa di *sanocrysina* di 0.10 centigr.

Tale cura viene continuata di pari passo col pneumotorace ad intervalli di cinque giorni da una iniezione all'altra, aumentando le dosi da 0.10, 0.20, 0.25, 0.35 centigr. A cominciare da 0.45 centigr. l'intervallo tra una iniezione e l'altra viene portato a dieci giorni circa, col progressivo aumento di 10 centigr. ogni volta fino a raggiungere i 0.75 centigr.

Il 22 maggio viene fatta l'ultima iniezione di *sanocrysina* di 0.75 centigr., ma 6 giorni dopo la febbre è salita a 39; mostrando tipo continuo. E' a notare però che il 28 maggio è stato iniziato il pneumotorace anche a destra per l'aggravarsi anche da questa parte dei fenomeni ulcero-caseosi, prima a decorso scarsamente evolutivo.

Va qui notato che mentre l'aggravarsi dell'evoluzione a destra può essere messa in rapporto col pneumotorace opposto, l'aumento della temperatura dopo il giorno 28 deve essere messa in rapporto piuttosto colla *sanocrysina*, perchè l'esame clinico dimostra che i due lobi superiori a destra e a sinistra sono ben compressi, e d'altra parte sul lobo di destra, di compressione più recente, appaiono segni di congestione che si estendono fino alla base.

La temperatura persiste elevata fino al 29 giugno 1926. L'espettorato si mantiene discretamente abbondante e bacillifero. L'esame delle urine, che presentavano traccie di albumina fino dal giorno dell'ingresso dell'infermo, ha dimostrato l'aumento di queste traccie durante la cura sanocrysinica e la presenza di cilindri che sono divenuti più numerosi col crescere delle dosi.

Un fatto importante a notarsi è pure che contemporaneamente alla elevazione termica, dopo l'ultima iniezione di *sanocrysina*, appaiono due linfomi sottomascellari, che a poco a poco entrano in suppurazione e si ulcerano secernendo pus tubercolare.

Ciò starebbe a parlare per una inseminazione per via sanguigna, che potrebbe essere stata data dall'azione reattivante della *sanocrysina*.

La *sanocrysina* viene interrotta, e si continuano invece i pneumotoraci bilaterali tuttora ben costituiti.

L'ammalato non ha più temperatura da oltre due mesi.

CONCLUSIONI.

Senza pretendere, sopra un numero di casi clinici relativamente scarsi, di voler dare un giudizio definitivo sul valore terapeutico della *sanocrysina* ci sentiamo tuttavia autorizzati, sull'analisi delle nostre osservazioni, ad affermare:

1) Che la *sanocrysina* non è un rimedio specifico della tubercolosi in nessuna delle sue forme e stadii.

2) Che essa non presenta vantaggio alcuno sugli innumerevoli altri prodotti chemioterapici oggi in commercio.

3) Che la pretesa azione litica della *sanocrysina* sui bacilli della tubercolosi non è clinicamente constatata, come non è del resto biologicamente presumibile.

4) Che la *sanocrysina* possiede un'azione tossica relativa all'elemento metallico che contiene non proporzionale alla dose iniettata, ma in rapporto con la sensibilità particolare del soggetto in cura, il che rende l'uso del medicamento molto delicato.

5) Che nei nostri casi, se non abbiamo potuto constatare una azione terapeutica, possiamo però assicurare di non aver avuto i disastri accusati da alcuni autori, e crediamo che i peggioramenti talora osservati debbano attribuirsi al fatto che l'aurotiosolfato di sodio possa favorire l'evoluzione caseosa di un processo tubercolare solo quando essa sia già in atto, ma probabilmente non possa determinarla.

6) Che l'uso della *sanocrysina* non sia giustificato nelle forme a tendenza fibrosa non potendosi affermare che la sua azione sia paragonabile alla reazione di focolaio determinata dalla tubercolina.

7) Che siano facilmente spiegabili i buoni risultati talora pubblicati nella cura della tubercolosi essudativa recente, all'infuori dell'azione della *sanocrysina*, essendo noto che tali processi di infiltrazione alveolare possono risolversi spontaneamente sotto l'azione della semplice cura di riposo.

La maggior parte degli autori di diversi paesi è del resto ormai d'accordo sul giudizio di questo nuovo medicamento, che era stato troppo precipitosamente presentato come il rimedio specifico della tubercolosi.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

ALLGEMEINES ROENTGENINSTITUT
DES EPPENDORFER KRANKENHAUSES - HAMBURG.
Direttore: Prof. Dr. ALEX. LOREY.

Fotoipersensibilità della cute di origine innero-secretoria.

Dott. GIUSEPPE D'AMATO, assistente.

Sono già da tempo noti alcuni particolari stati morbosi caratterizzati da un'abnorme sensibilità della cute ai raggi luminosi e manifestantesi con reazioni qualche volta imponenti.

Seguendo la classificazione data dall'Hausmann, si distinguono tra quelli la cui etiologia è nota i seguenti gruppi:

1) Aumentata sensibilità alla luce da cause esogene: vengono comprese in questo gruppo le note malattie degli animali domestici dovute all'ingestione di particolari erbe contenenti sostanze dotate di alto potere fotodinamico (malattie delle capre bianche dovuta all'ingestione di Hypericum crispum, il fagopirismo, la malattia dei maiali dovuta all'ingestione delle radici colorate Lachnantes, la malattia di Klee dei cavalli dovuta all'ingestione di Trifolium hybridum).

Nell'uomo l'aumentata sensibilità alla luce vien provocata per lo più da ingestione di sostanze medicamentose speciali (eosina).

2) Aumentata sensibilità alla luce da cause endogene: a questo gruppo appartengono l'Hydroa vacciniforme descritta la prima volta dal Bazin nel 1860, malattia a quadro morboso ben definito e caratteristico nella quale predomina l'eliminazione per le urine di uno speciale prodotto di scomposizione dell'emoglobina, l'ematoporfirina.

C'è poi tutta una serie di altri stati morbosi il cui esordio è caratterizzato da un'aumentata sensibilità cutanea alla luce, malattie la cui causa morbosa ci è ancora non completamente chiara o addirittura sconosciuta; appartengono a questo gruppo la pellagra, l'eczema solare, lo xeroderma pigmentoso, la variola, il lupus eritematoso discoides, ecc.

Descriverò brevemente un caso del genere che mi è occorso di osservare, caso che non è inquadrabile in alcuno dei gruppi menzionati e che si presta a molte considerazioni specialmente per quanto si riferisce al momento etiologico.

A. A. di anni 31, da Amburgo.

Padre morto in giovane età di tubercolosi polmonare, madre sana e vivente. Di 5 sorelle 2 sono affette da tubercolosi polmonare. Maritata ad

uomo a dire della paz. sano. Infezioni veneree negative. Ha sofferto nell'infanzia di difterite e di otite media cronica.

Mestruata a 16 anni; con l'inizio delle mestruazioni si è manifestata una straordinaria ipersensibilità della cute alla luce del giorno così che anche in seguito a breve esposizione alla luce diretta del giorno si manifestava immediatamente un eritema con tumefazione e seguito da una eruzione di vescicole ed accompagnato da intenso prurito. Particolare importante; questi fenomeni si presentavano assai intensi durante il periodo mestruale mentre che negl'intervalli si attenuavano di molto fino a scomparire.

Ha sofferto a 19 anni di catarro apicale. Maritata a 26 anni ha avuto due aborti procurati ed un parto portato a termine con figlio vivente e sano.

Ricovera in Ospedale per un'angina acuta. All'esame obiettivo si nota: paz. di deficiente costituzione scheletrica e muscolare in condizioni di nutrizione alquanto scadenti. Mucose discretamente sanguificate. All'infuori di un forte arrossamento del faringe e delle tonsille con presenza di un piccolo focolaio di necrosi a destra, la paz. non presenta all'esame dei diversi organi ed apparati alcun che degno di rilievo.

Dopo alcuni giorni di degenza i fatti anginosi si risolsero completamente.

Il 22 maggio 1923 la paz. è uscita per pochi minuti all'aria aperta; nel corso della notte si sviluppò un arrossamento a tipo erisipelatoso della cute del viso, del polso e delle mani. La pelle era tumefatta, e si ricoprì dopo alcune ore di vescicole le quali si rompevano spontaneamente dando esito ad una sierosità citrina. Le palpebre tumefatte non potevano essere aperte dalla paz. la quale inoltre si lamentava per un insopportabile bruciore delle parti tumefatte.

Il giorno dopo, tenendo la paz. al riparo dalla luce, i sintomi descritti si andarono gradatamente attenuando fino a scomparire.

Il 30 maggio 1923, nonostante che la paz. si sia esposta solo per pochissimi minuti alla luce del giorno insorsero di nuovo i fenomeni suddescritti. Da notare che durante questo tempo la paz. aveva le mestruazioni.

Le ricerche praticate sulle urine dimostrarono l'assenza di elementi patologici. Si pensò in primo tempo ad una ematoporfirinuria ma sia l'esame spettroscopico che le ricerche chimiche dimostrarono l'assenza di ematoporfirina.

Dato che il fenomeno in parola si verificava in coincidenza del periodo mestruale, si fece l'ipotesi che vi potesse essere una relazione tra la funzione dell'ovaia ed i fenomeni morbosi e si applicò una sterilizzazione allo scopo di far cessare questa abnorme sensibilità. Fu perciò praticata una Röntgencastrazione; la paz. ricevè per ogni ovaia una dose eritema.

Dopo circa 20 giorni dall'irradiazione si è subito presentato un notevole miglioramento; la paziente poteva uscire senza velo alla luce del giorno esponendosi anche al sole, senza che insorgessero i fenomeni già descritti. L'ipersensibilità alla luce si ripresentò però, sebbene molto più attenuata dopo 20 giorni in coincidenza del periodo mestruale ed allora fu proceduto ad una nuova irradiazione sempre sulle ovaie allo scopo di escluderle completamente. D'allora e per un periodo di quasi 2 anni son rimaste assenti le mestruazioni e nel contempo anche i fenomeni d'ipersensibilità alla luce; però è da notare che in ogni ricorrenza mestruale la paz. avvertiva solo un leggiero bruciore della pelle esposta alla luce, senza comparsa di eritema.

Dopo circa 2 anni dall'irradiazione si son di nuovo presentate le regole e contemporaneamente i fenomeni di ipersensibilità alla luce i quali son andati gradatamente riacquistando la primitiva intensità e caratteri.

Ripresentatasi a noi la paz. furono ripetute tutte le indagini chimiche e biologiche dirette ad escludere la presenza di una ematoporfirinuria. Un esame chimico e spettroscopico delle urine diede nuovamente risultato negativo. Furono istituite ricerche biologiche, iniettando urina della paz. nella cavità peritoneale di topi bianchi ed esponendoli alla luce artificiale. Furono all'uopo presi 6 topi bianchi; in 4 fu iniettato 1 cmc. di urina della paz. e di questi 2 furono esposti per 30 minuti alla lampada Sollux, 2 furono tenuti al buio. Altri due topi furono pure esposti alla lampada Sollux come gli altri ma non ricevettero iniezione di urina.

I topi iniettati dimostrarono dopo l'iniezione fatti di depressione; si movevano poco, dimostravano dispnea. L'esposizione alla lampada non influì notevolmente sullo stato degli animali così che non si dimostrò alcuna differenza tra topi iniettati e non iniettati.

Esclusa così una ematoporfirinuria anche latente, si sottopose la p. ad una irradiazione luminosa di prova con diverse qualità di raggi allo scopo di vedere se vi fosse una sensibilità specifica di fronte ad una determinata qualità di radiazioni luminose. Furono irradiati perciò quattro campi della cute del dorso, disposti nel seguente modo:

A	C
B	D

Il campo A fu esposto alla lampada Sollux-Aureol (spettro fino a 334 millimicron).

Il campo B fu esposto alla lampada a vapori di mercurio con schermo all'uviol bianco (spettro da 579 fino a 281 millimicron).

Il campo C fu esposto alla lampada a vapori di mercurio senza schermo (spettro da 579 fino a 232 millimicron).

Il campo D fu esposto alla lampada a vapori di mercurio con schermo all'uviol bleu (spettro da 435 fino a 279 millimicron).

Per ogni campo fu somministrata la metà della dose eritema.

Dopo 18 ore si ripresentò la p. con un forte eritema, edema e tumefazione della cute irradiata in corrispondenza dei campi B, C, D mentre che il campo A non mostrava alcuna reazione (fig. 1).

Allo scopo di determinare il grado di questa ipersensibilità, la quale si è dimostrata soltanto per quelle radiazioni contenenti un'alta percentuale di raggi dell'eritema (radiazioni a lunghezza di onda superiore a 320 millimicron optimum: 300 millimicron), furono in seguito esposti alla lampada a vapori di mercurio 5 piccoli campi della cute dell'addome rispettivamente per 1/2, 1, 2, 3, 4 minuti (corrisp. 1/16, 1/8, 1/4, 1/3, 1/2 della dose eritema). In ogni campo si presentò dopo 18 ore un eritema in grado corrispondente al tempo di esposizione ma evidentissimo anche nel campo irradiato con dose minima (1/16).

Riassumendo: da questo caso emergono le seguenti considerazioni:

1) Esistono stati morbosi caratterizzati da un'abnorme sensibilità della cute rispetto alle radiazioni luminose, i quali non rientrano in alcuno dei quadri morbosi descritti e classificati dall'Hassmann e nei quali il momento etiologico dev'essere con grandissima probabilità ricercato in disturbi della secrezione interna (nel nostro caso ovaie). Questa dipendenza sembra in tanto più giustificata nel nostro caso in quanto i disturbi oltre ad esordire ed esacerbarsi durante il periodo mestruale, si sono moltissimo attenuati e per un certo tempo sono scomparsi in seguito ad esclusione artificiale della funzione ovarica (castrazione);

2) Questa ipersensibilità è specifica per le radiazioni luminose e per una determinata gamma di esse. La nostra p. non ha dimostrato alcuna ipersensibilità di fronte ai raggi X che, come si sa, non rappresentano che un gradino più alto della scala delle radiazioni. Questa fotoipersensibilità inoltre si è manifestata soltanto per quelle sorgenti di luce artificiale ad alto contenuto di raggi eritema; così la reazione più intensa si è dimostrata in corrispondenza dei campi irradiati con la lampada a vapori di mercurio che come si sa è quella che emette la maggior parte dei raggi contenuti nella gamma dell'eritema.

Sarebbe a mio parere molto interessante istituire ricerche sperimentali dirette a investigare se e quali rapporti possono esistere tra la sensibilità della cute di fronte ai raggi luminosi ed all'energia radiante in generale e la funzione di alcune ghiandole a secrezione interna. Che simili rapporti esistano di fatto è dimostrato anche dalla nota circostanza che i basedowiani presentano una spiccata ipersensibilità di fronte ai raggi X. Un simile studio sarebbe assai fecondo di risultati in quanto oltre che a portare una nuova luce sull'etiologia di questi particolari stati di fotoipersensibilità, servirebbe pure ad accrescere le nostre cognizioni sulle funzioni di alcune ghiandole a secrezione interna.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Sul meccanismo di formazione del sarcoma.

(A. CARRELL. *Journ. A. M. A.*, 13 giugno 1925).

L'A. aveva già osservato che i monociti del sangue, coltivati in vitro, si trasformano in cellule neoplastiche in presenza di estratto di sarcoma di Rous filtrate per candela. Il monocito trasformato in cellula sarcomatosa non è una cellula anarchica, ma una cellula malata, che digerisce rapidamente la fibrina, si trasforma facilmente in fibroblasto, e presto muore, riproducendo il principio filtrabile di Rous.

Le culture di monociti inoculate con estratto di Rous sono smangiate ai margini, così come le colonie di bacilli inoculate col principio litico detto da D'Hérelle batteriofago, il quale pure attacca i germi durante la loro moltiplicazione, e con la distruzione di essi si riproduce ed accresce. Forse però tra i due fenomeni vi è solo una apparente analogia.

Ulteriori studi sono stati compiuti sulle cellule di vari tumori: sarcoma del pollo a cellule rotonde e fusate, sarcoma del topo, sarcoma umano a cellule fusate, sarcoma da catrame di carbone del pollo, sarcoma da arsenico, teratomi ricor-

renti. Coltivando in vitro questi tumori, si notano in essi numerose cellule ameboidi e fibroblasti abnormi. Cellule monocitoidi invadono il mezzo di cultura, sono ricche di granuli, e muoiono generalmente in 48 ore; vivono quindi assai meno in cultura delle cellule ameboidi della milza o del midollo osseo. Solo di rado da tali tumori si riesce ad avere culture di macrofagi a lunga sopravvivenza. Talora si riesce ad avere anche culture di fibroblasti, che però crescono lentamente.

Le culture di frammenti di tumori di solito acidificano fortemente il mezzo. Il sarcoma del pollo da catrame di carbone non differisce molto dal sarcoma di Rous. Anche esso si riproduce nei polli iniettando loro culture di cellule ameboidi ottenute da esso, oppure anche il solo liquido limpido sovrastante alle culture.

L'A. ha poi osservato che l'estratto filtrato di sarcoma da catrame è capace in vitro di trasformare in cellule neoplastiche delle culture di monociti della milza, come l'estratto di sarcoma di Rous, sebbene meno attivamente di questo. Egli usò a tal uopo il sarcoma da catrame ottenuto dalla signorina Mc. Powl, che è di una straordinaria attività proliferativa, dà molte metastasi, e uccide gli animali in pochi giorni come una malattia infettiva.

Carrel ne deduce che il principio filtrabile del sarcoma di Rous non è peculiare ad esso e non è un microrganismo: è un prodotto risultante dall'azione del catrame su alcuni costituenti degli umori o dei tessuti, attacca le cellule in moltiplicazione modificandone il metabolismo e riproducendosi dalle cellule distrutte.

Un simile fenomeno può accadere nella produzione di altri tumori. È possibile che certe sostanze prodotte da batteri, elminti, o risultanti dall'azione dei raggi X, determinino nei macrofagi o in altre cellule un disturbo della nutrizione, che si propaga indefinitamente, così come fa il catrame. Questo ruolo potrebbe essere forse assunto anche dalle sostanze tossiche presenti nel sangue degli individui adulti, e specialmente dei vecchi: sarebbero più recettive le cellule di aree frequentemente irritate.

(*N. d. R.* Questa ipotesi ricorda la teoria di Bail sulla natura del batteriofago: secondo questo A. un agente esterno produce un disturbo delle funzioni della cromatina, onde i singoli cromidi, ancora capaci di azione litica sulla cellula microbica in scissione, hanno perduto la facoltà ricostruttiva, e si rendono liberi, attaccando nuove cellule microbiche, donde la riproduzione indefinita del fenomeno).

DORIA.

SUNTI E RASSEGNE.

RENE E VIE URINARIE.

La nefrite acuta nell'infanzia.

(L. G. PARSONS. *Brit. Med. Journ.*, 28 agosto 1926).

È stato il tema discusso nell'ultima riunione dell'Associazione medica britannica, sezione pediatrica. L'A., relatore, ha parlato in primo luogo dei tipi clinici e della classificazione.

Analizzando i casi occorsi all'ospedale infantile di Birmingham, li divide in due tipi: quelli cioè iniziatisi con presenza di urine ematiche, e quelli caratterizzati inizialmente da turgore cutaneo. Talora a questi sintomi si aggiunsero il vomito e le diarree.

Nel primo gruppo di casi, i più frequenti, l'urina è emessa per lo più in quantità normale, talora più scarsa della norma, sempre contenente albumina, cilindri e sangue. La tendenza alla guarigione è qui assai spiccata.

Nel secondo gruppo di casi, insorgenti spesso senza precedente storia di malattia, l'edema predomina più o meno esteso, l'urina è scarsa e più ricca di albumina della precedente. Minore la tendenza alla guarigione.

Vi è finalmente un altro gruppo di casi in cui, nel corso di una malattia acuta, appariscono temporaneamente nelle urine dell'albumina e dei cilindri.

Si può quindi, dal punto di vista sintomatico, distinguere tre tipi di nefrite acuta: emorragica; edematosa o idremica o essudativa; albuminuria febbrile.

Corrispondentemente alle moderne vedute fisiologiche della secrezione urinaria si ritiene che nella forma idremica o edematosa esista una difettosa escrezione dei corpi pei quali è stabilita una data soglia, e ciò a causa di una lesione dei tubuli; mentre invece nella forma emorragica è il glomerulo che vien leso. Per cui, dal punto di vista fisiopatologico, si può fare quest'altra classificazione: nefrite acuta emorragica o glomerulare; e nefrite acuta idremica o tubulare, o parenchimatosa.

Anatomo-patologicamente, invece, si distinguono i seguenti gruppi: 1) nefrite glomerulo-tubulare diffusa; 2) nefrite glomerulare focale; 3) nefrite acuta interstiziale; 4) nefrite acuta catarrale desquamativa o tubulare.

L'A. propone poi, per proprio conto, la seguente classificazione personale, che dovrebbe comprendere tutti i vari tipi di nefrite che si riscontrano nell'infanzia: 1) nefrite acuta emorragica o glomerulare, con un tipo lieve (glomerulite focale), e un tipo grave (glomerulite diffusa); 2) nefrite

acuta essudativa o tubulare, parimenti con un tipo lieve e un tipo grave; 3) forme miste.

L'albuminuria febbrile rappresenterebbe la forma più lieve della nefrite acuta, tanto glomerulare che tubulare.

La ritenzione azotata, l'ipertensione e l'uremia possono riscontrarsi tanto nella forma emorragica che nella tubulare; solamente sono in rapporto alla gravità del caso. Nella forma emorragica tali sintomi si associano all'oliguria. Se la malattia volge a guarigione, si assiste spesso ad una « diuresi critica », la quale assume perciò una importanza prognostica notevolissima.

Nelle forme gravi tubulari la comparsa dei suddetti fenomeni morbosi si spiega col fatto che, se un numero considerevole di cellule dei tubuli va distrutta, si perde gran parte del potere difensivo da tali cellule posseduto nei rapporti delle sostanze azotate escrete, diguisachè queste vengono di nuovo riassorbite dall'organismo.

L'ipertensione precede o va di pari passo coi sintomi cerebrali, ma non si può dire con precisione se essi siano secondari all'ipertensione o se, unitamente a questa, siano l'esponente dei disturbi circolatori del cervello. Si è infine convenuto di chiamare « pseudo uremia eclamptica » l'uremia insorgente nella nefrite acuta, per distinguerla dalla vera uremia, stadio terminale della nefrite cronica interstiziale.

Dal punto di vista etiologico la malattia renale può essere riportata, a seconda dei casi, tanto ad una infezione batterica quanto ad un'azione delle sole tossine.

Per il tipo essudativo spesso non si riesce a trovare causa apparente; il tipo emorragico invece è spessissimo secondario ad una sepsi streptococcica, specie in seguito a tonsillite o ad otite media, come pure talora segue ad una piococcemia, con punto di partenza, ad esempio, da una impetigine.

Le ricerche batteriologiche delle urine riescono per lo più negative; qualche volta si sono trovati streptococchi e pneumococchi. In sostanza si può ritenere che le glomeruliti diffuse sono di origine tossica, mentrechè le glomeruliti focali hanno piuttosto origine batterica.

Una guarigione completa della nefrite si può anche osservare, sebbene la tendenza sia piuttosto verso la cronicità. È in ogni modo problema arduo stabilire se la guarigione sia in realtà avvenuta in maniera completa. Come criterio fondamentale varrà l'assenza assoluta di sangue e di cilindri e l'assenza di albumina, anche dopo prolungata stazione eretta e dopo diete speciali di prova. Le comuni prove della funzionalità renale non trovano indicazione nella nefrite acuta.

La cura si basa sui seguenti 3 capisaldi: 1) riposo; 2) dieta adeguata; 3) rimozione degli eventuali focolai settici.

Il riposo si protrarrà in media per 3 mesi. La dieta sarà prevalentemente lattea, specie nelle prime 6-8 settimane, per passare poi gradatamente alle marmellate, ai biscotti, al burro, alla crema, alle patate e ai vegetali verdi. Nel 4° mese si tornerà pian piano al vitto comune.

Per la rimozione dei focolai settici si porrà attenzione allo stato delle tonsille, del nasofaringe, dell'orecchio, dei denti e delle lesioni cutanee quali l'impetigine.

Di scarso valore è il promuovere l'eliminazione dei liquidi attraverso alla cute e agli intestini. I diuretici sono piuttosto dannosi; le medicine, poi, sono addirittura controindicate, salvo nei casi in cui l'urina contenga molto pus (sommistrare alcalini come bicarbonato e citrato di potassa); o nei casi in cui inizialmente si manifesti uno stato di acidosi (glucosio e bicarbonato di sodio); o, infine, nei casi di uremia, in cui le iniezioni endovenose di solfato di magnesio riescono indubbiamente utili.

H. T. Ashby (ibid.) ha rammentato la decapsulazione renale, indicata nelle forme con edemi estesi, albuminuria massiva e sintomi uremici. Il meccanismo d'azione di tale intervento è discusso, ma sembra che debba piuttosto interpretarsi come una decongestione dell'organo, alla stessa guisa di quanto avviene con l'uso delle coppe scarificate. È quindi probabile che le semplici incisioni della massa renale potrebbero apportare gli stessi vantaggi.

M. FABERI.

Rachianestesia e azotemia.

(ABADIE e BALDOUS-DOURNIER. *La Presse médicale*, 27 marzo 1926, n. 25, p. 387).

Si ammette che la rachianestesia non danneggia il rene.

La stovaina si elimina pel rene in 2 ore per 3/5; dopo 4 ore ne restano tracce. Nelle urine si ha albumina, zucchero, modificazione del tasso ureico, e persino cilindri. Tali lesioni massime nelle prime 24 ore persistono per 6 giorni-3 settimane. Non subirebbe alcuna modificazione l'eliminazione del bleu di metilene (Sebastian). Solo dopo 4-5 giorni l'eliminazione acquosa ritornerebbe ai normale (Chwann). Rannai inoltre constatò in 20 casi l'aumento dell'azoto del sangue.

Gli AA. hanno studiato le variazioni dell'azoto del sangue associate alla poliuria sperimentale, all'eliminazione del bleu e della sulfofenolftaleina

adoperando la stovaina o la novocaina, quest'ultima sotto forma di sincaina e scurocaina. In tutti i casi la rachianestesia è stata preceduta da una iniezione sottocutanea di caffeina g. 0.20 tre ore prima. Con la stovaina (gr. 0.04 di soluzione al 4 % in acqua distillata alcoolizzata al 10 %) di 26 ammalati, in 17 dosarono urea del sangue ed urinaria, determinando la costante, in 9 azotemia, costante, tensione arteriosa, poliuria sperimentale, prova del bleu e della sulfofenolftaleina. Le curve delle diverse prove si rassomigliano. In tale gruppo si ebbe sempre un aumento variante da 0.35 a 0.85, con una media di 0.53 con massimo di azotemia di 1.52 dopo una pilorectomia; oppure da 0.08 a 1.33 con una media di 0.73 e con massimo di elevazione dopo isterectomia (1.85). Il massimo del tasso ureico si ebbe 5 volte il giorno dopo l'operazione, 3 volte dopo 3 giorni, 1 volta 6 giorni dopo; il ritorno al normale si ha 10 giorni, persino 20 giorni dopo; ovvero il massimo di azoto nel sangue in genere dopo 3 giorni della operazione. In genere tale aumento dell'urea nel sangue oscilla in media tra 0.50 e 0.60, ma può giungere sino a gr. 1.50, fugacemente per lo più nei primi 6 giorni.

Con la sincaina con dose di gr. 0.12 in 12 operazioni l'aumento variò tra 0.15 e 0.75 con una media di gr. 0.28; la cifra più elevata di gr. 1.05 ebbe dopo pilorectomia.

Il massimo del tasso ureico si manifestò 5 volte dopo 24 ore, 5 volte 2 giorni dopo, 2 volte 6 giorni dopo; occorsero 6 giorni pel ritorno al normale.

In 8 operazioni adoperando 0.12 di scurocaina ebbe un aumento meno marcato: da 0.05 a 0.41 con una media di 0.15; anche in questo gruppo le cifre più elevate (0.82) ebbero dopo pilorectomia. Il massimo del tasso ureico si ebbe 4 volte il giorno dopo, 3 volte 3 giorni dopo.

Ma confrontando nelle stesse operazioni le cifre ottenute con i varii anastetici si ebbero cifre più alte con la stovaina (0.73), meno con la sincaina (0.48), meno con la scurocaina (0.41), nella stessa pilorectomia ad es.

Il ritardo della comparsa dell'aumento dell'azoto nel sangue è dovuto, secondo gli AA., all'azione della caffeina, che si inietta prima dell'operazione.

Tali variazioni dell'azoto del sangue gli AA. attribuiscono oltre che al trauma operatorio, come provò Arnaud, all'azione dell'anestesico sui centri nervosi, renali forse, ma in genere del simpatico. Ciò vien provato dal fatto che gli aumenti sono maggiori con la stovaina più tossica.

JURA.

DERMATOLOGIA.

Cause, effetti e trattamento del prurito.

(S. POLLITZER. *New York State Journ. of Medicine*, 1° ottobre 1926).

Il prurito non è una entità nosografica, ma un sintoma che accompagna una gran quantità di affezioni cutanee, eczema, lichen planus, scabbia, pediculosi, ecc. Tuttavia si dà il nome di *pruritus*, o *pruritus essentialis*, a quello speciale disturbo sensitivo della cute che non è apparentemente accompagnato da alcuna lesione cutanea.

Il prurito essenziale può essere definito una neurosi sensoriale cronica intermittente dipendente da abnorme eccitazione degli organi sensoriali tattili apparentemente non legata ad alterazioni organiche della cute.

È dubbio se il prurito effettivamente non è provocato da modificazioni chimiche o istologiche che non possono essere messe in evidenza dagli attuali mezzi d'indagine, ma è certo che il disturbo può essere di origine esclusivamente centrale. È stato notato che nell'embolia cerebrale può aversi prurito unilaterale, e che un prurito ostinato può essere tra i sintomi iniziali della paralisi progressiva. Ed è di osservazione comune il prurito di origine schiettamente psichica, che sopravviene quando si sente parlare di parassiti cutanei.

Ma non si può negare che il prurito di apparente origine centrale può essere provocato da modificazioni locali cutanee determinate da impulsi motori che influenzano la circolazione locale o i muscoli cutanei, gli arectores pilorum. L'arrossimento e l'impallidimento della pelle possono accompagnare lesioni centrali o impressioni psichiche, come la pelle d'oca, l'orripilazione sono ben noti concomitanti di stati emotivi. Analogamente può sostenersi che questi stessi disturbi o di altro genere di origine centrale possano provocare il sintoma subiettivo, la sensazione pruriginosa.

L'eccitamento meccanico dell'apparato terminale sensitivo della pelle è causa di prurito. Al riguardo è ben dimostrativo l'esperimento di Hebra: quando la cute è delicatamente toccata da una piuma si ha una sensazione di solletico, e quando lo stesso toccamento continua si ha il prurito. Questo adunque viene provocato da lunghe e delicate eccitazioni dei nervi superficiali tattili e quindi oltre che da stimoli diretti esterni può essere determinato da modificazioni circolatorie della cute o da contrazione degli arectores pilorum, che provocano un'eccitazione delle terminazioni nervose.

Vi sono però casi nei quali il prurito si desta in seguito a qualsiasi contatto della pelle o anche spontaneamente, senz'alcuna causa apparente, per modo che bisogna ammettere una speciale iperestesia dei nervi tattili, la cui causa va ricercata in qualche alterazione chimica del sangue.

Vi sono numerosi gruppi di casi di prurito associati a malattie nelle quali è sicura la presenza di sostanze tossiche nel sangue (itteri, diabete, albuminuria, tubercolosi, cancro, mycosis fungoides, leucemia, disordini intestinali cronici, elmintiasi, ecc.) oppure associati a vari avvelenamenti esterni (morfina, belladonna, arsenico, ecc.). Sembra ragionevole dedurre che in ogni caso di prurito generale ci sono nel sangue sostanze chimiche, di natura ed origine ignota, le quali sensibilizzano i nervi cutanei.

Si ritiene che nell'eczema e nella scabbia il prurito sia dovuto al fatto che le terminazioni nervose si trovano allo scoperto in conseguenza della formazione di vescicole nell'eczema o di gallerie nella scabbia. Sta di fatto però che lo scoverchiamento delle terminazioni nervose cutanee non provoca prurito: gli strati superficiali dell'epidermide possono essere asportati del tutto da abrasioni traumatiche o da altre lesioni, senza che per questo in corrispondenza dell'area denudata si abbia prurito. È più probabile quindi ammettere che il disturbo sensoriale sia provocato da eccitazione delle terminazioni sensitive da parte dei prodotti tossici degli agenti infettivi. È ben vero che vi sono dermatosi non provocate da infezioni locali, come, ad es., il lichen planus, nelle quali il prurito è intenso. In questi casi è logico ammettere che esso sia prodotto da eccitazione meccanica prolungata delle terminazioni nervose da parte dell'infiltrazione cellulare.

Il così detto prurito senile è stato attribuito alle modificazioni trofiche che la senilità induce nella pelle (secchezza, inelasticità, atrofia). Sta di fatto che nella maggior parte dei vecchi, la cui cute si trova in dette condizioni, manca di solito il prurito, che viceversa può riscontrarsi in vecchi la cui cute conserva ancora caratteri abbastanza giovanili. È più verisimile che il prurito di cui soffrono alcuni vecchi debba mettersi in conto all'accumulo nel sangue di sostanze tossiche derivanti dalle alterazioni patologiche dei reni, del fegato o delle glandule endocrine. Per modo che questa categoria di prurito rientra nel gruppo dei pruriti tossiemici.

Il prurito generalizzato di cui talvolta soffrono gli individui affetti da arteriosclerosi può essere attribuito a eccitazione delle terminazioni nervose cutanee da parte dei vasi sclerosati, o, come è più probabile, all'accumulo di sostanze tossiche del sangue derivanti dall'alterato ricambio generale o dall'alterata funzionalità di organi interni.

Il prurito localizzato ed associato con disordini di qualche viscere è spesso ritenuto di origine riflessa. Si suppone che le affezioni del retto, della prostata, la calcolosi della vescica o della pelvi renale, la gravidanza e le malattie uterine siano causa di processi irritativi che sono riflessi come prurito nella pelle della regione anale, perianale o pudenda. Quantunque in parecchi di tali casi non si possa escludere l'origine tossica del prurito, pure è ammissibile che l'irritazione viscerale locale trasmessa ai gangli spinali passi nelle vie sensorie, e venga riferita alle terminazioni dei nervi che si distribuiscono alle relative aree cutanee.

Il prurito locale più comune è quello anale, perianale e pudendo: esso sembra legato a processi infettivi delle regioni che per la loro posizione sono più soggette ad essere traumatizzate ed infettate.

Uno degli effetti più comuni è lo sviluppo, in aree più o meno estese, di un'alterazione secondaria della pelle chiamata lichenizzazione, il così detto lichen circumscriptus cronicus di Vidal. In questa condizione che si riscontra più frequentemente alle grandi labbra, alla porzione superiore interna delle coscie, alla nuca nelle donne, e allo scroto ed all'ano nell'uomo, la pelle è secca ed inspessita, spesso con papule. Questa dermatosi non è una conseguenza costante ed inevitabile del prurito, ma questo ne è un antecedente indispensabile. Essa è una conseguenza del grattamento cui si ricorre per alleviare la sensazione molesta, ma col grattamento si determina una lesione cutanea consistente sopratutto in un'infiltrazione più o meno estesa, che a sua volta aumenta il prurito. Si stabilisce un circolo vizioso: prurito, grattamento, infiltrazione.

La cura del prurito deve essere indirizzata ad eliminare le cause che lo provocano ed a calmare il sintoma allo scopo, oltre che di dar sollievo all'infermo, di prevenire le successive lesioni cutanee dovute al grattamento.

Si faranno esami sistematici atti a mettere in evidenza eventuali disordini dei vari organi interni ed una volta accertatane la esistenza si combatteranno con i mezzi appropriati.

Occorre guardarsi dal propinare sedativi e narcotici; questi, a parte i pericoli dell'assuefazione, farebbero comparire più intense le sensazioni moleste non appena cessata la loro azione.

Nelle forme di origine neurotica converrà ricorrere alla psicoterapia (suggestione, educazione della volontà intesa ad eliminare gli impulsi al grattamento).

Esiste una gran quantità di rimedi locali per

la cura sintomatica. La cute del paziente dovrebbe essere protetta contro i contatti esterni e gli sbalzi di temperatura. Sono preferibili gli indumenti di cotone, che nei casi gravi si dovranno rivestire con uno strato di gelatina alla glicerina ed all'ossido di zinco secondo la formula di Unna. Si faranno abluzioni con soluzioni leggere di fenolo, mentolo e catrame, ma forse è meglio applicare questi medicamenti sotto forma di pomate.

I bagni spesso provocano gli attacchi: eventualmente saranno fatti bagni tiepidi e con reazione alcalina. Le lavande con sapone sono da evitarsi.

Il più efficace trattamento è quello con i raggi Roentgen o ultravioletti. DR.

La xantocromia cutanea.

(V. ROMANO PERRETTI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, anno LXVII, n. 41).

La xantocromia consiste in una particolare colorazione giallo-rosea, che appare più evidente se si provoca ischemia particolarmente intensa alle palme delle mani, che è la sede più frequente della colorazione, ma che si può riscontrare anche nel viso (padiglioni degli orecchi, solchi nasolabiali, narici, fronte, talora sui pomelli). Sul corpo in genere manca tranne in casi molto intensi; è sempre assente nelle congiuntive e questo fatto costituisce il dato principale differenziale col subittero. Tale colorazione si osserva sopratutto nel diabete, specialmente nelle forme gravi, ma può riscontrarsi anche in altre affezioni (tifo) ed in soggetti con notevoli disturbi della nutrizione.

Tale colorazione, in primo tempo messa in rapporto con un elevato contenuto colesterinico del sangue, dopo i lavori di Zoia si riporta oggi invece alla presenza nel plasma di un lipocromo: la *luteina*, idrocarburo complesso a molecola costituita da anelli aromatici simile a quella della colesterina.

Per il dosaggio del lipocromo l'A. si è servito del metodo consigliato da Hijmans van der Berg (precipitazione con alcool dal siero delle albumine che trasportano il pigmento e ripresa del precipitato con etere che assume il lipocromo. La tinta viene paragonata con una soluzione campione di cromato di potassio). Contemporaneamente l'A. ha determinato il tasso colesterinemico. Sono in tal modo risultati quattro gruppi di osservazioni:

1) diabetici con xantocromia, colesterinemia e lipocromia;

2) diabetici senza xantocromia e lipocromia ma solo con colesterinemia;

3) obesi non diabetici ma con acidosi, xantocromia e lipocromia;

4) casi rarissimi di xantocromia e lipocromia in p. non diabetici e senza colesterinemia.

Da questi dati risulta evidente il fatto che la xantocromia è in stretto rapporto con la presenza del lipocromo nel plasma e l'intensità della colorazione varia con il variare del tasso pigmentario.

Poco sicura è invece la genesi del lipocromo. Ricerche sperimentali di H. van der Berg hanno dimostrato che si può far variare il lipocromo nel sangue con la somministrazione di quei pigmenti da questo A. isolati nei vegetali (*carotina* e *xantofillina*) e presenti come *luteina* nel tuorlo d'uovo. Questa spiegazione per quanto facile e suggestiva non convince pienamente perchè non tutti i diabetici i quali pure praticano una dieta prevalentemente vegetariana presentano la xantocromia ed altrettanto si può dire di quei tubercolotici che si sovralimentano con uova. Il lipocromo nell'organismo normalmente deve essere o distrutto o eliminato completamente; in conseguenza la causa precipua della xantocromia deve risiedere nella incapacità da parte dell'organismo a distruggere o espellere il lipocromo ingerito, sicchè anche questo particolare stato rientra nel quadro del cattivo metabolismo generale; l'A. avrebbe poi osservato che la xantocromia si presenterebbe in quei pazienti che presentano cattivo metabolismo dei grassi.

Come si elimini il lipocromo non si può ancora dire con certezza; sembra che giunto nel sangue passi nel grasso e negli organi addominali dove forse avviene la sua trasformazione e la sua distruzione.

Tralasciando ogni altra determinazione è più utile considerare la xantocromia come un rilievo di puro interesse clinico assegnandole nel quadro sintomatologico l'importanza che le compete, e si può anche, per quanto unilateralmente, mirare al suo trattamento con l'evitare quegli alimenti più ricchi di lipocromo (uova, verdura, ecc.). PALLADINI.

CENNI BIBLIOGRAFICI.

P. ZANDER. *Vorbereitung, Durchführung, Nachbehandlung chirurgischer Eingriffe.* Repertorien Verlag, Lipsia, 1926, p. 76. Pr.: M. O. 4.

La modesta mole del libro si comprende subito leggendo le prime parole della prefazione. Non è un manuale di medicina operatoria, ma sono solo consigli pratici, principi curativi fondamentali chirurgici, piccole eppure utilissime risorse empiriche dell'arte. Sono per questa ragione esposte in capitoli, singolarmente, i preparativi opportuni

per un intervento; la narcosi, i principi dell'asepsi e quelli della cura delle ferite; sono dettati i mezzi sussidiari atti a favorire la guarigione, a superare periodi angosciosi dell'operato che sebbene brevi non di meno possono perdere un individuo. Siccome l'autore si rivolge specialmente ai medici condotti e di provincia che oggi, assai più che non prima della guerra, si accingono ad operazioni di una certa importanza in ambienti certo non dei più adatti, egli ha voluto aggiungere delle tavole riassuntive destinate a mantenere sott'occhio il necessario per gli interventi a casa del paziente e a ricordare, logicamente ordinate, le cure post-operatorie.

Infine, essendo lesioni frequenti e sebbene apparentemente semplici pur di straordinaria importanza, chiude il libro un capitolo sul patereccio e sul foruncolo.

E. M.

I. Brumberg. *Lehrbuch der topographischen Anatomie.* Urban e Schwarzenberg, Vienna, 1926, p. VIII, 486. Pr. 21 marchi oro.

L'A. è persuaso che non difettino davvero eccellenti Manuali di anatomia topografica. Tuttavia se negli ultimi anni di sua vita, egli si è deciso a scriverne un altro, gli è chè ha creduto di poter tesorizzare della sua passata esperienza di chirurgo.

La descrizione perciò del pezzo anatomico inanimato, è stata costantemente vivificata dal ricordo del campo operatorio e questo indirizzo tanto pratico permette all'opera di assumere una veste caratteristica e personale.

Un congruo numero di figure, quasi tutte a colori disegnate dal vero e sempre da destra, agevolano assai la comprensione del testo, nel quale si scorge chiara l'intenzione di accentuare soprattutto la realtà pratica dell'immagine chirurgica.

E. M.

R. Demel. *Operative frakturenbehandlung.* Vienna, J. Springer, 1926.

L'A. che è assistente alla Clinica Chirurgica di v. Eiselsberg, sulla scorta dell'abbondante materiale della clinica stessa, conduce uno studio, essenzialmente pratico e tecnico, sui vari metodi di cura cruenta delle fratture, sul loro valore, la loro indicazione, sui singoli vantaggi ed inconvenienti, anche in rapporto alle singole fratture delle varie parti dello scheletro.

Il lavoro è corredato da 212 figure.

Studio utile come esposizione di criteri di indicazione clinica e, sopratutto, come guida pratica all'operatore.

V. Ghiron.

Travaux annuels de l'hôpital d'Urologie (VII série). Un vol. di 376 pag. con numerose fig. e tavole fuori testo. Baillière, ed. Parigi, 1925. Prezzo Frs. 50.

Questo volume pubblicato sotto la direzione di F. Cathelin si inizia con una rivista generale dell'attività dell'ospedale e con un capitolo sulla litotrisia dello stesso Cathelin. Vengono in seguito numerose memorie su svariati argomenti della specialità fra cui citiamo: La ricerca dei medicamenti antisifilitici nell'urina; I fosfati urinari; Le condizioni di coltura per il gonococco; Le ombre normali e le macchie anormali; Le lesioni ipertrofizzanti o tumorali della tubercolosi urinaria; La curieterapia in urologia; La patologia dei piccoli reni, ecc. Una raccolta di « Fatti clinici » termina l'interessante volume.

fil.

Siguret G. *Les maladies des reins.* Un vol. in-16°, di 164 pag., legato. G. Doin, ed. Parigi, 1926. Prezzo Frs. 12.

Il volumetto appartiene alla Collezione « Les consultations journalières » ed è evidentemente dedicato a chi non è specializzato nella materia. Non vi troviamo quindi le schematiche trattazioni con i soliti schemi; la materia, invece, è suddivisa partendo dai sintomi principali che possono essere dati dalle malattie renali: nefralgie, poliuria, pollachiuria, anuria, piuria e fosfaturia, ematuria, albuminuria.

Per ogni capitolo, le indicazioni chiare e precise guidano alla diagnosi ed al trattamento, eliminando ogni discussione teorica ed avvicinando il medico alla realtà dei fatti.

Libro che appare senza pretese, ma che è molto utile per i pratici.

fil.

N. Watermann. *Die heutige Stand der chemo therapeutischen Carcinomforschung.* Un op. in-8° di p. 74 con 37 fig. Berlino, J. Springer edit., 1926. Prezzo R. M. 6.60.

L'A. affronta, in una rivista d'insieme, tutti i lati del problema della chemoterapia del cancro. ionoforesi (l'A. dimentica il nostro Ghilarducci), metalli colloidali, composti metallici e varie sostanze organiche (aniline, timol, kalvakrol, aldeidi aromatiche), terapie combinate; studia poi i fattori biologici della guarigione.

Più che raccogliere dei risultati, la monografia traccia un programma di lavoro. Poche esperienze vi sono consegnate, e segnano un avviamento a ricerche ulteriori.

Il lavoro proviene dall'Istituto per lo Studio del Cancro diretto da Antoni von Leeuwenhoekhuis

ad Amsterdam. Esso ci attesta come il grave problema venga serrato sempre più da vicino e ci lascia sperare e prevedere non lontana una grande vittoria della medicina.

L. V.

A. BERETTA. *Elementi di Odontoiatria e Protesi dentaria.* L. Cappelli, Bologna, 1926, L. 14.

Sono note raccolte a cura del dott. C. Gottardi dalle lezioni tenute dal prof. Arturo Beretta nella Clinica Odontoiatrica della R. Università di Bologna. Il volume di oltre cento pagine di grande formato compendia in modo assai chiaro e sintetico gli elementi necessari per lo studente di medicina e per il medico pratico senza presunzione di farne degli specialisti. Ora che l'*Odontoiatria* e la *Protesi dentaria* costituiscono materia obbligatoria d'esame nel corso degli studi di medicina, bene ha fatto il prof. Beretta, direttore dell'Istituto Clinico per le malattie della bocca in Bologna e professore ordinario di Odontoiatria in quella R. Università a dare una guida utilissima anche ai docenti della materia che potranno poi a loro piacimento soffermarsi a svolgere con maggiore interesse qualcheduno dei singoli capitoli.

A. PIPERNO.

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI

XXXV Congresso della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia.

Modena, 10-14 ottobre 1926.

Dott. G. PAROLI (Firenze). — *Topografia e clinica degli ureteri nei tumori dei genitali femminili.* — Si valse l'O. dell'ureterografia nel piano frontale e sagittale. Osservò caratteristiche deviazioni secondo tipi di tumori, da dar ragione della disfunzione urinaria in certi tumori ginecologici. Lo studio ha importanza in rapporto alla tecnica dell'atto operativo richiesto nei singoli casi.

Dott. REVOLTELLA (Bari). — *Diagnosi biologica del sesso.* — Esperienze e controlli numerosi inducono l'O. alla conclusione che sia il metodo di Lüttge e Mertz, che quello del Dienst e dell'intradermo-reazione del Patti non possiedono alcuna specificità e non sono quindi in grado di fornirci dati migliori di quelli delle comuni leggi di probabilità.

Discussione.

Prof. MACCABRUNI (Mantova). — Conferma in base a sue esperienze la nessuna specificità del metodo dell'intradermo reazione con l'endospermina per la diagnosi intrauterina del sesso.

Dott. RIO (Modena). — Uguali risultati ottenne alla Clinica di Modena con esperienze analoghe a quelle del dott. Revoltella.

Prof. GAIFAMI (Bari). — *Per la genesi ovulare della iperemesi gravidica.* — In contrapposto con la tendenza odierna ad esagerare la importanza del fattore endocrino, ritiene che debba conservarsi la dignità clinica delle forme tossiche ovulari della iperemesi. Poggia questo concetto sul reperto di speciali aspetti istologici nelle zone d'impianto dell'uovo in due casi di personale osservazione.

Dott. CETRONI (Bari). — *Endometrioma dell'ovaio.* — Il tumore era bilaterale (dimensioni cm. 12×9=9×8) in nullipara di 35 anni. Sintomatologia: sterilità, dispareunia, dismenorrea, menorragie. Classico il reperto anatomo-patologico: contenuto ematico; tuboli glandolari ad epitelio cilindrico con stroma. Non dubbi diagnostici per la diagnosi differenziale con le varie cisti ovariche. Si concludeva per la origine neoplastica Mulleriana.

Dott. DI DONNO (Bari). — *Il contenuto di calcio nel sangue nel campo ginecologico.* — Col metodo di Kramer e Tisdall ha trovato nei primi mesi di gravidanza aumento di calcio nel siero di sangue, più lieve nei mesi alti, al termine ancora superiore alla norma, diminuzione in travaglio ed in puerperio. Il feto ne ha quantità minore della madre. Nel periodo mestruale vi è diminuzione di calcio. Valori normali nella menopausa, inferiori nelle annessiti febbrili non nelle affezioni febbrili in genere, lieve diminuzione nelle neoplasie.

Prof. VERCESI (Sassari). — *Lo studio radiologico dell'utero e delle trombe col Lipiodol.* — Questa indagine radiologica col Lipiodol dà resultati più esatti che non la pertubazione. Il metodo non è difficile, non reca inconvenienti sempre che sia usato al solo scopo diagnostico, essendo il suo impiego terapeutico inefficace e talvolta dannoso.

Dott. GIAVOTTO (Genova). — *L'esplorazione radiologica in ginecologia per mezzo dell'iniezione di Lipiodol.* — Espone la tecnica; con numerose radiografie dimostra i risultati ottenuti; dà norme per l'interpretazione delle immagini; sostiene il valore del metodo come sussidio diagnostico della ginecologia operatoria.

Discussione sulle due ultime comunicazioni.

Prof. OLIVA (Genova). — Riconosce la superiorità del metodo sulla pertubazione gassosa.

Prof. COVA (Palermo). — Neppure il metodo radiografico è sicuro mezzo diagnostico. Esso è più complicato che la semplice insufflazione pertubarica che, praticata in moltissimi casi, non gli dette mai inconvenienti. Con esperienze di insufflazione di aria in modo sterile in pezzi anato-

mici ottenuti da laparotomia i padiglioni delle trombe si dimostrarono sterili in capsule di Petri, non così se l'insuflazione era fatta dopo introduzione di colture in brodo nella cavità uterina. Se ne deduce che in caso d'inquinamento della cavità uterina la insuflazione può esser veramente pericolosa.

Prof. BOLAFFIO (Cagliari). — In parecchie centinaia di pertubazioni fatte a Roma dal prof. Bompiani, una volta sola si ebbe una pelviperitonite. La tecnica della pertubazione è più semplice, non richiede apparecchi.

Prof. VERCESI (Sassari). — Se nelle mani di ginecologi provetti la pertubazione è senza inconvenienti, è pur vero che per essa si ebbero casi di morte finora non registrati con l'introduzione del Lipiodol.

Prof. PUCCINELLI (Firenze). — *Ovarite sclerocistica ed appendicite.* — Si tratta di un caso di gravi disturbi dolorosi ed amenorrea dopo crisi addominale acuta durati più anni ed interpretati come dovuti ad annessite tubercolare. L'operazione (appendicectomia e resezione parziale ovarica) dimostrò esistenti l'appendicite ed un'ovarite sclerocistica delle quali lesioni presenta microfotografie. All'intervento seguì la ripresa immediata del ritmo mestruale e la cessazione di tutti i disturbi. La guarigione dura da un anno.

Dottori RIO e JUHASZ (Modena). — *A proposito di nuovi metodi di sierodiagnosi, con speciale riguardo alla diagnosi di gravidanza.* — Descritti i metodi di Lüttge e Mertz con Berger per una modificazione alla tecnica di Abderhalden, riferiscono degli esperimenti da loro eseguiti in gravidanza e nelle malattie ginecologiche. Concludono che il metodo dell'Abderhalden offre maggior precisione ed è un mezzo diagnostico più sicuro.

Dott. DALLERA (Parma). — *Sopra un nuovo modello di forcipe a branche parallele (modello Golia).* — Il meccanico, Sig. Golia ha ideato il forcipe che presenta. L'originalità di questo forcipe sta nel congegno articolare che garantisce il parallelismo delle branche e riduce al minimo l'azione compressiva delle cucchiaie. Nella Clinica di Parma ha dato ottimi resultati. Questo forcipe col quale è evitata la necessità dello scrosciamento dei manici nell'applicazione secondo il triangolo di Joulin, ed è impossibile lo sgusciamento delle branche, è di facile applicazione.

Dott. DE PACE (Brindisi). — *Corionepitelioma secondario ad aborto.* — Presenta un utero sede di corionepitelioma da lui asportato, ricorda altro caso analogo del Gaifami e conclude sulla necessità di non insistere nel raschiamento nei casi dubbi; d'intervenire precocemente e radicalmente anche in mancanza di reperto istologico se la sintomatologia lo impone dopo parto, aborto e mola vescicolare.

Dott. G. TESAURO (Napoli). — *Diabete e gravidanza.* — Alla stregua di un suo caso, andato a bene con regime misto, notevole quantità di idrati di carbonio ed insulina e dei casi registrati nella letteratura, conclude che non è più giustificato interrompere la gravidanza nel diabete senza aver prima sperimentato il trattamento insulinico.

Dott. C. COGGI (Mantova). — *Un caso di gravidanza in utero bisetto.* — Trattavasi di gravidanza in una parte e di caratteristica reazione deciduale nella parte non gravida.

Dott. PITIMADA (Napoli). — *Ricerche sull'intossicazione proteica cronica in gravidanza.* — Poichè il metabolismo proteico devia dalla norma in gravidanza specie se con tossicosi e la gravida presenta speciale labilità della crasi sanguigna, tanto che le anemie e le linfoadenie si aggravano in essa e solo dopo il parto migliorano. Con serie di esperienze su animali gravidi trattati con introduzione continuata parenterale di peptone ha visto che a tale trattamento le gravide resistono meno e corrispondentemente presentano lesioni istologiche renali.

Dott. L. CATTANEO (Pavia). — *Su due casi di nefropatia gravidica azotemica.* — Conclude che oltre all'esame delle urine in ogni gravida malata si debba procedere all'esame chimico completo del sangue, perchè non è solo importante ciò che l'ammalata secerne, ma sopratutto quello che non può secernere.

Prof. B. SCHIASSI (Modena). — *La semplificazione della tecnica per la trasfusione del sangue.* — Presenta apparecchi diversi ed una speciale siringa con serbatoio per la trasfusione del sangue misto a citrato sodico, resi già noti dagli aiuti Biancheri e Protti della Clinica chirurgica di Modena, diretta dall'O.

Discussione.

Prof. MICHELI (Roma). — E nota la semplificazione massima della tecnica per la trasfusione del sangue quale fu adottata in guerra nelle grandi ambulanze. Tutto si riduce ad un ago per la vena del datore, che fa uscirne il sangue e lo versa in un imbuto di vetro citratato, cui è unito un tubo di gomma, che si termina con un ago da introdurre nella vena del ricevente. Questo apparecchio veramente semplice è sicuramente meglio alla portata di ogni medico pratico.

Dott. TESAURO (Napoli). — Più semplice dell'apparecchio proposto dal prof. Schiassi è la siringa del Bécart che non richiede speciali istruzioni per l'uso.

Prof. BOLAFFIO (Cagliari). — Gli sembra molto opportuno l'apparecchio del prof. Schiassi.

Prof. LATTES (Modena). — Nella trasfusione occorre che la soluzione citratata sia fresca ad evitare che le sue alterazioni sieno inconvenienti.

Una siringa autovaselinatrice eviterebbe l'uso della soluzione citratata.

Prof. LASTARIA (Lucera). — Ha visto a Parigi l'uso della siringa Bécart. Presentava l'inconveniente per i casi d'urgenza di dover tener pronti la vaselina e l'olio di vaselina sterili.

Prof. SCHIASSI (Modena). — La sua siringa è sterilizzabile facilmente: la soluzione citratata si conserva inalterata per cinque settimane.

Dott. G. TRUFFI (Parma). — *Ricerche sull'istofisiologia dell'ovaio.* — Presenta i risultati di notevoli esperienze riguardanti la rigenerazione dell'ovaio, l'origine della ghiandola interstiziale, l'azione del liquido follicolare e conclude che l'azione fisiologica dell'ovaio viene determinata dal suo epitelio.

Prof. BOLAFFIO (Cagliari). — *Actinoterapia delle infiammazioni croniche e subacute dell'apparecchio genitale femminile.* — Ha irradiato (raggi Röntgen e raggi ultra violetti) infiammazioni tubercolari, gonococciche e puerperali degli annessi e del peritoneo pelvico nonchè delle peritoniti tubercolari diffuse. Dice dei risultati ottenuti, migliori nelle forme puerperali, e crede l'azione di questa forma di terapia fisica di assai difficile spiegazione, analoga forse a quella della proteinoterapia aspecifica.

Prof. FORNERO (Modena). — *L'influenza del liquido follicolare (follicolo di Graaf) sul tumore di Ehrlich.* — Dal complesso delle belle esperienze largamente esposte dall'O., anche con proiezioni dimostrative, risulta che può esser affermato che il liquido follicolare ha una netta influenza sullo sviluppo dei tumori sperimentali del tipo Ehrlich.

Dott. REVOLTELLA (Bari). — *Esperienze farmacodinamiche e sistema nervoso vegetativo del feto.* — Rilievi fatti nel corso di esperienze sulle gravide verso il termine, osservazioni e misurazioni sul neonato in seguito ad iniezioni di adrenalina, pilocarpina, ed atropina non permettono di affermare una predominanza dell'una o dell'altra sezione del sistema vago-simpatico fetale. In base alla reazione alla pilocarpina ed all'atropina si può intravedere una certa predominanza vagale limitata al sistema cardio-vascolare.

Prof. C. NAVA (Modena). — *Un caso clinico di feto eventrato.* — Descrive minutamente il feto che presentava la fessura addominale chiusa solo dal peritoneo parietale inconsapevolmente lacerato dalla mano nel rivolgimento fetale interno richiesto per il parto. Dalla fessura sporgono tutti i visceri addominali.

Dott. A. GUSSO (Padova). — *Costituzione ed ipoplasia genitale.* — Ha studiato la costituzione della donna affetta da ipoplasia genitale, cercando di conoscere quali rapporti esistano tra forma corporea e funzioni neuroglandolari tenendo conto dei valori toracico, addominale totale, del tronco, degli arti, della statura. Così ha studiato la morfologia del cuore, il comportamento del sistema nervoso vegetativo, il comportamento funzionale della tiroide. Non viene a conclusione perchè lo studio fu fatto solo su 25 casi.

Dott. E. MAURIZIO (Padova). — *Morfologia clinica e stato puerperale.* — Le ricerche antropometriche furono eseguite col metodo De Giovanni-Viola. Eccone i dati: *Valore toracico*: immutato nelle primipare, aumentato nelle pluripare (parto spontaneo), diminuito nelle inerzie e nei parti prematuri. *Valore addominale superiore*: sempre aumentato, meno nell'inerzie e parti prematuri. *Valore addom. infer.*: nelle primipare inalterato, aumentato nelle pluripare e nei parti spontanei, meno nell'inerzia, diminuito nel parto prematuro. Così per il valore addominale totale. Per il valore degli arti le medie si equivalgono a quelle di Fici, meno che nelle inerzie nelle quali i valori sono aumentati e nei parti prematuri ove sono diminuiti.

Dott. A. VOLPE (Sassari). — *Sull'anemia perniciosa gravidica.* — Sei casi clinici, tre seguiti da morte, tutti in malaria non causa però dell'anemia p., ma solo ad essa attribuibile la presenza di cellule istioidi nel comune reperto. Presenta una tavola illustrativa.

Dott. O. DA RE (Pisa). — *Comportamento del timo e dell'ipofisi in seguito alla istero-ovaro-annessiectomia.* — Ha studiato l'argomento su sessanta coniglictte operate e sacrificate da 15 a 100 giorni di esperienza. Ha riscontrato che il timo non dimostra alcuna modificazione dopo l'operazione, che l'ipofisi invece presenta aumento di peso e di volume con le note caratteristiche della glandola da castrazione, per cui l'O. ammette per l'ipofisi un sinergismo correlativo interglandolare mio-ovarico ed una funzione endocrina isolata dell'utero.

Prof. PICCOLI S. (Napoli). — *Un caso di grave atresia cicatriziale della vagina guarito con processo di plastica e seguito dopo un anno da parto naturale a termine.* — L'O. ha già operato un altro caso con lo stesso metodo di autoplastica, a lembi peduncolati ideati da lui. Così operò in questo secondo caso ottenendone il risultato completo fino a permettere il parto naturale a termine.

Dott. G. M. CORDA (Pisa). — *La tiroide in rapporto all'asportazione utero-ovarica.* — La glandola tiroide degli animali così operati aumenta di peso, presenta ipertrofia ed iperplasia cellulare, neoformazione di vescicole ed aumento di cordoni epiteliali, maggiore irrorazione sanguigna dimostrando una vera iperattività ghiandolare. Le esperienze dimostrano l'importanza dell'utero nell'equilibrio endocrino.

Discussione.

Prof. AYMERICH (Perugia). — Nella sua Clinica ha osservato un caso di Basedow insorto dopo

isteroannessiectomia. Domanda all'O. se nella letteratura ha trovato casi del genere.

Dott. CORDA (Pisa). — Risponde affermativamente.

Dott. MARZETTI (Roma). — *Trattamento dell'atonia uterina.* — Ha esperimentato su 34 casi l'ergotamina (alcaloide della segale) che ha il vantaggio di esser ben dosabile ed inalterabile. Costanti risultati soddisfacenti non infirmati da un caso di morte da albuminuria e distacco di plac. norm. inserta.

Prof. VIANA (Verona). — *Alterazioni embrionali nella gravidanza extrauterina tubarica.* — Si trattava di gravid. tubarica recidiva: ambedue le volte annessiectomia. Nella tuba della seconda gravid. si trovò l'ovicino con embrione di 3 mill. con fatti macerativi post-mortali ed inoltre con alterazioni del tubo neurico e deficiente sviluppo cefalico. Crede l'O. che le alterazioni embrionali più frequenti nella gravid. extrauterina che nell'uterina siano dovute a quelle stesse cause che producono l'ectopia tubarica.

Prof. COVA (Palermo). — *Sull'impianto delle trombe nell'utero.* — Fin dal 1913 ricorda di aver presentato alla Società la proposta dell'impianto delle trombe dell'utero per la quale rivendica la sua priorità, benchè l'operazione non abbia avuto larga applicazione che dopo una pubblicazione di Strassmann del 1924. L'O. illustra due casi personali e ricorda la semplicità della tecnica e la bontà dei risultati che consigliano l'impianto delle trombe ogni qual volta si sia costretti a resecare l'angolo uterino.

Dott. E. GALLO (Cosenza). — *Il secondamento artificiale idraulico.* — È il metodo italiano dell'Asdrubali (1820) e del Mojon (1826), di cento anni fa dunque, che nel 1923 fu come nuovo presentato dal Gabaston, per il quale l'O. si vale di un fialone di 500 cc. di soluzione fisiologica riscaldata e sterile munito ad uno dei suoi estremi di un soffietto a doppia palla e riunito con l'altro estremo alla vena del cordone ombellicale per iniettare per essa la soluzione fisiologica e scollare la placenta. Fa vedere i vantaggi e la semplicità di questo modo di secondamento su quello manuale sempre pericoloso.

Discussione.

Prof. GENTILI (Pisa). — Ha dovuto abbandonare il metodo di cui ha detto l'O. perchè nella sua Clinica non si dimostrò mai di sicuro effetto. È contrario alla diffusione del metodo nella pratica privata dove potrebbe recare seri pericoli.

Dott. TESAURO (Napoli). — *Il sangue delle donne affette da cancro nell'utero.* — L'O. vi ha trovato iperglicemia, da zucchero libero più che da quello legato alle proteine; iperlattacidemia, dall'ac. lattico prodotto dal difettoso metabolismo neoplastico; abbassamento della riserva alcalina che dimostra tendenza all'acidosi pur compensata, già dimostrata dall'O. con la determinazione della tensione dell'anidride carbonica nell'aria alveolare. La iperglicemia, la iperlattacidemia, l'acidosi tendono a scomparire dopo l'ablazione del tumore, il che dimostra come siano legate al ricambio della cellula neoplastica.

Dott. PITIMADA (Napoli). — *Sui processi per deidrogenazione dei tessuti di gravida in vitro.* — L'O. ha studiato la respirazione dei tessuti di gravida in vitro servendosi del M. dinitrobenzolo. Ha trovato che i tessuti animali inizialmente gravidi dànno valori superiori alla norma e che li dànno inferiori quelli di animali in gravidanza inoltrata.

Dott. G. GIAVOTTO (Genova). — *L'antiperistalsi tubarica.* — Con l'iniezione endouterina di Lipiodol l'O. ha studiato il vario comportarsi degli organi, che successivamente attraversa, particolarmente le tube. Con radiografie in serie dimostra l'onda antiperistaltica determinata dalla penetrazione del Lipiodol nella tuba e trae deduzioni in rapporto al meccanismo d'ascensione dei liquidi iniettati, dei processi infiammatori, dello sperma.

Dott. CETRONI (Bari). — *Il contenuto di potassio e sodio nel campo ginecologico.* — Si è servito del metodo di Kramer e Tisdall sia per il K. che per il Na. Ha fatto 170 dosaggi di cui 20 donne normali per termini di confronto, gli altri nei vari casi di fisio-patologia ostetrico-ginecologica. Ricorda i valori normali per apprezzare quelli delle condizioni non normali. Risulta che il valore del K. varia ora in più ora in meno nelle manifestazioni della vita sessuale femminile e nella patologia ginecologica. Variazioni minime per il Na. Indubbiamente, conclude l'O., esiste un rapporto fra nervo vegetativo e K-Ca-Na (il valore del Ca è stato studiato nella stessa Clinica), ma non bisogna senz'altro identificare simpatico e vago con K-Ca-Na. Vi sono altri fattori che bisogna ricercare.

Dott. F. MARABOTTO (Genova). — *Endometriomi.*

Dott. F. MARABOTTO (Genova). — *Sulla patogenesi dell'ittero dei neonati.*

*
* *

Alla fine delle sedute scientifiche vengono nominati 38 nuovi Soci ordinari.

Vengono scelte le relazioni scientifiche per li Congresso del 1927:

1) *Distacco prematuro di placenta normalmente inserta;*

2) *Innesti ovarici;*

affidate: la prima al prof. PAOLO GAIFAMI, direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Bari; la seconda al prof. GIACOMO AYMERICH, direttore della R. Clinica Ostetrico-Ginecologica di Perugia.

Prof. CESARE MICHELI, *Segretario.*

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Le emottisi non tubercolari.

Non sempre emottisi è sinonimo di tubercolosi polmonare. Uno studio accurato dell'infermo emottoico potrà talora far svelare una causa ben diversa dell'emorragia.

Già nel campo stesso delle malattie dei polmoni se ne trovano svariate che possono provvedere a un dato momento l'emissione di sangue, e tra queste la bronchite fibrinosa, la bronchite influenzale, le bronchiettasie, le formazioni leucemiche, gli ascessi, le gangrene, la sifilide, i neoplasmi e le cisti. Spesso la ricerca radiologica non riesce a risolvere in maniera netta la diagnosi, e non è piccolo il numero dei pazienti che vengono inviati alle cliniche come tubercolosi.

Ma importanza grande hanno in questo campo le malattie del circolo. A. Hoffmann (*Deut. Med. Woch.*, 7 settembre 1926) si è per vari anni interessato sistematicamente dell'argomento, riuscendo a sorprendere in un numero di casi non indifferente di supposti di tubercolosi un'affezione dall'apparato circolatorio.

In tali affezioni il sangue emesso con lo sputo può essere in rapporto tanto con un embolo polmonare quanto con una stasi, come accade in modo classico nell'edema acuto.

Gli emboli possono provenire tanto da vene periferiche varicose, quanto dalle cavità del cuore destro. In questo secondo caso, data la piccolezza dell'embolo, può venire bloccato solamente un piccolo territorio vasale del polmone, diguisachè i segni clinici possono far quasi del tutto difetto.

Infatti i piccoli infarti non danno spesso alcuna manifestazione nè clinica nè radiologica; oppure si ha un quadro incerto, di lesioni più o meno diffuse, manifestantesi con rantolini e con ombre radiologiche disseminate, somiglianti molto a quelle dei processi tubercolari.

L'A. riporta, 5 casi tipici del genere, corredati in parte da radiografie, riguardanti soggetti ammessi in clinica con diagnosi di tubercolosi polmonare. In tutti fu ritrovato un vizio mitralico. Alcuni avevano presentato delle emottisi notevolissime, con anemia secondaria spiccata. In nessuno di esso, però, e questo è un punto importante, che può indirizzare verso la giusta diagnosi, lo sputo riuscì mai positivo per il bacillo di Koch, anche dopo ripetute ricerche.

Comunque, poi, sarà bene che il medico, innanzi ad un individuo emottoico, non si soffermi solamente all'esame dell'apparato polmonare, ma studi anche con cura lo stato del cuore e dell'apparato circolatorio.

M. FABERI.

Pertosse e tubercolosi.

In un preventorio ospitante 70 bambini dai 5 ai 13 anni si manifestò un'epidemia di pertosse, che colpì 12 ricoverati.

Il numero limitato dei colpiti deve essere imputato al fatto che gran parte dei bambini avevano già sofferto in precedenza della malattia, e al fatto che questa è meno frequente dopo i 5 anni.

Da quel che potè osservare in tale occasione F. Mouisset (*Rev. de la Tuberculose*, agosto 1926) risulta che l'epidemia fu di breve durata e poco grave, al contrario di quanto avvenne contemporaneamente nei villaggi vicini, e ciò probabilmente per la vita all'aria aperta menata dai bambini ricoverati, e per le buone condizioni igieniche da cui erano circondati.

La pertosse non portò detrimento allo stato generale, che in seguito migliorò notevolmente. Il perimetro toracico si sviluppò in maniera considerevole in tutti i colpiti.

La malattia poi non risvegliò nè provocò manifestazioni tubercolari in soggetti che, per i loro precedenti famigliari, dovevano essere considerati come già infetti dal b. di Koch. Nessuno di essi però presentava forme tubercolari in evoluzione.

Da tutto ciò risulta che, senza negare gl'inconvenienti delle agglomerazioni di fanciulli, e senza negare i rapporti esistenti tra pertosse e tubercolosi, il pericolo è limitato e non deve far esitare innanzi ai vantaggi considerevoli offerti dai preventori ai bambini minacciati dalla tubercolosi.

M. FABERI.

L'avvenire ed il trattamento dei pleuritici.

Nel primo stadio F. Bezançon (*Journal des Praticiens*, 3 luglio 1926) consiglia di moderare l'elemento infiammatorio mediante ventose scarificate, in modo da togliere il dolore puntorio e decongestionare il polmone e la pleura; sono anche da consigliarsi i grandi impacchi umidi e freschi del torace. Alimentazione leggera, eventualmente dieta idrica per qualche giorno.

Nel periodo di stato, bisogna pensare alla toracentesi, sia quando il versamento è molto considerevole, sia quando si prevedono dei fenomeni di compressione, specialmente negli individui in

cui vi è uno stato molto accentuato del polmone sottostante, in cui vi è enfisema o bronchite o che, anche con versamento poco notevole, hanno oppressione. Salvo queste indicazioni, non si deve praticare la toracentesi, a meno che, dopo cessata la febbre, il versamento minacci di permanere a lungo; in tal caso, basterà evacuare 100-200 cmc. di liquido per favorire il riassorbimento del rimanente.

Alcuni autori hanno consigliato di sostituire il liquido con l'aria; la pneumosierosa va riserbata ai casi seguenti: 1) dopo la toracentesi d'urgenza; 2) nei casi di pleurite recidivante; 3) quando si sospetti un'evoluzione tubercolare nel polmone.

Alcuni hanno consigliato le iniezioni di adrenalina nella pleura, altri l'autoplasmaterapia, altri infine il regime declorurato e, contemporaneamente la somministrazione di cloruro di calcio, che ha un'azione antiinfiammatoria indiscutibile.

Nel periodo di convalescenza si ha un'instabilità termica; durante esso si devono raddoppiare le precauzioni, specialmente per quanto riguarda la degenza in letto. Ogni pleurite, secondo Grancher, ha bisogno di una cura di riposo per 5-6 mesi, all'aria libera ed al sole ed insieme di un'alimentazione scelta ed adatta.

La pleurite è purtroppo considerata da qualcuno come una malattia non grave; essa, invece, è da ritenersi come seria perchè è una manifestazione di tubercolosi ed a questa può metter capo. Essa rivela che l'organismo è invaso dal bacillo tubercolare. Tutti i pleuritici dovrebbero quindi essere trattati come dei tubercolotici, pur senza le precauzioni profilattiche per gli altri. Anche dopo la guarigione essi vanno sorvegliati a lungo, per quanto riguarda il peso, la temperatura e tutte le manifestazioni, imponendo loro non già l'astensione del lavoro, ma un lavoro regolare, senza sovraffaticamento ed in buone condizioni igieniche.

fil.

La rivulsione nella tubercolosi polmonare.

I metodi di rivulsione nella tubercolosi polmonare, a torto trascurati dai medici moderni, possono riuscire utili. Essi sono:

1) la tintura di iodio. Se ne fanno applicazioni quotidiane fino a che la pelle può sopportarne e si riprendono quando lo stato della pelle lo permette. La tintura di iodio può usarsi pura, oppure guaiacolata al 10 % o cloroformizzata al 10 %. La rivulsione è più energica se si aggiunge dell'olio di croton (1-2 gocce ogni 15 grammi);

2) le ventose. Quelle secche sono consigliabili nelle forme bronchiali, con o senza debolezza cardiaca; quelle scarificate sono utili nelle neuralgie tenaci da pleuriti, oppure nei casi di dispnea con angoscia. È opportuno applicare sui tagli della vaselina sterilizzata;

3) l'essenza di trementina, che può usarsi pura o diluita con alcool a parti uguali. Si imbeve un pannilano con acqua molto calda, lo si spreme molto rapidamente, lo si spruzza con trementina e si applica *loco dolenti* ricoprendo con guttaperca e lasciando in posto per 15-30 minuti;

4) la farina di senape. Le carte senapate si usano per una rivulsione intensa e limitata. I cataplasmi senapizzati si preparano, o spolverando un cataplasma di farina di linseme con farina di senape; oppure si incorpora questa (1 parte su quattro) con la farina di linseme, oppure si diluisce la farina di senape in acqua tiepida fino ad ottenerne una pasta spessa, che si stende su garza, ricoprendo poi con uno strato di farina di linseme diluita in acqua molto calda e da ultimo con garza. Per l'impacco senapizzato si diluiscono 200-300 grammi di farina di senape nell'acqua tiepida, se ne imbeve un pannilino che si applica sul torace, ricoprendo con uno strato impermeabile; si toglie dopo 15-20 minuti, facendo una frizione energica del torace;

5) le punte di fuoco. Si usano specialmente nelle pleuriti tenaci, praticandole leggere e superficiali in linee orizzontali;

6) il cauterio. P. Lowys (*Journ. des Praticiens*, 1926, n. 16) consiglia la pasta caustica di Vienne (calce viva e potassa caustica a parti uguali, con alcool; aggiunta di cloridrato di morfina, 1 parte su 5; spalmare su diachilon); lasciare in posto per 10-15 minuti; medicare a secco;

7) il vescicante. Nei piccoli focolai limitati e ribelli della pleurite corticale si usano vescicanti quadrati di 3-4 cm. di lato che si lasciano in posto per 6-8 ore, ripetendo l'applicazione ogni 10 giorni, cambiando posto. Nelle pleuriti sierofibrinose, molti medici sono fedeli al vecchio vescicante di cm. 10×10, applicato o proprio all'inizio del versamento oppure quando ne incomincia il riassorbimento.

fil.

Sulla radioterapia della tubercolosi polmonare.

Nonostante i molti lavori su quest'argomento la radioterapia della tubercolosi polmonare non ha regole fisse, ed è di utilità dubbia; usata con la dovuta prudenza è innocua. Il vantaggio che i raggi X possono arrecare sembra essere duplice: viene promossa la formazione di connettivo nel polmone, viene stimolata la produzione di anticorpi (specialmente irradiando gli organi emopoietici).

Il meccanismo di azione non è ben chiaro, ed è prematuro discuterne. V. Maragliano (*British journ. of radiolog.*, settembre 1926) usando una tecnica simile a quella della elio- e fototerapia irradia con radiazioni poco penetranti la massima parte della cute (tubo di 15 cm. di scintilla equivalente, filtro di 1 mm. di alluminio, protezione della faccia, del cuoio capelluto, dei genitali). Somministra dosi quotidiane di 1/10 H per 10 giorni; segue un riposo di 10-15 giorni, e una nuova serie di dieci irradiazioni, e così di seguito per quattro o cinque serie.

I casi trattati finora sono pochi, ma bilaterali e gravi. Essi non hanno peggiorato: ciò confermerebbe per lo meno l'innocuità del metodo.

DORIA.

Il trattamento della pneumonite con tiroidina e permanganato di potassio.

È proposto da H. N. Nott (*British med. Journ.*, 17 luglio 1926). Si sciolgono 10 centigrammi di permanganato di potassio in 800 cmc. di acqua leggermente calda e, con questa soluzione si fanno clisteri di 90-250 cmc. (secondo l'età) da ripetersi ogni 3-4 ore a seconda dello stato, adottando l'intervallo di 4 ore al 4°-5° giorno, quando lo stato dell'infermo è più grave. I clisteri si continuano anche quando la temperatura è ritornata normale, facendone due al giorno per tre giorni e poi uno al giorno per diversi altri giorni, arrivando così alla graduale soppressione. Nei bambini e negli adolescenti, se ne faranno due al giorno fino al 10° giorno di apiressia.

Vi si associa inoltre la somministrazione di estratto tiroideo, in ragione di 6 centigrammi, due volte al giorno.

Gli effetti che si avrebbero con questo trattamento sarebbero i seguenti. Al primo-secondo clistere, la tosse si cambia, la respirazione si fa più prolungata e meno frequente; l'espettorazione è più facile, e perde l'aspetto sanguinolento in poche ore. La cianosi scompare in 18-36 ore; gli ammalati presentano tendenza al sonno; scompare lo stato delirante. Il polso segue l'evoluzione della temperatura che, di solito cade per lisi al secondo giorno del trattamento.

fil.

La diatermia nel trattamento della pneumonite.

In una comunicazione fatta alla Royal Soc. of med. (*British med. Journ.*, 29 maggio 1926) Eatom Stewart riferisce che dopo un primo successo ottenuto ha trattato 41 casi di pneumonite avendone una mortalità del 17 %. Applica direttamente sulla pelle gli elettrodi, delle dimensioni di 127-177 mm., quando si tratta di un solo lobo; se invece sono affetti due lobi adiacenti, usa elettrodi di 152-203 mm. Ha trovato utili anche elettrodi flessibili di argento tedesco (una lega fatta con rame, nickel e zinco) in forma di catena che ha il vantaggio di adattarsi bene alle irregolarità del torace; essa offre però alcuni inconvenienti.

È consigliabile di usare degli amperaggi bassi: 1200-1400 mill. am. per 30-40 minuti. La frequenza delle applicazioni è stata di due al giorno nell'ospedale, ma se ne sono fatte anche ogni 4 ore nella pratica privata. Nei casi disperati, sono state aumentate l'intensità, la durata e la frequenza. È bene comprendere nel trattamento anche l'area cardiaca.

Da uno studio di 300-400 casi, si può venire alle conclusioni seguenti. Nel 97 % dei casi, la temperatura diminuisce per lisi a cominciare dal 2°-3° giorno; diminuisce o scompare quasi sempre la cianosi. Scarsa è di solito la diminuzione della frequenza del polso; i respiri diminuiscono generalmente di 5 al minuto per la diminuzione del dolore ed il miglioramento della circolazione. Aumenta la produzione del sudore, mentre il calore profondo prodotto affretta la risoluzione.

La mortalità media dei casi osservati è stata del 12,9 %, comprendendovi tutti i tipi della malattia, compreso quello lobare da streptococco. Nei casi in cui la diatermia venne applicata prima del terzo giorno si ebbero due sole morti in tutta la serie.

L'applicazione nella pratica privata è ora resa possibile con gli apparecchi portatili che si usano con correnti di 75, 110 e 220 volts e che costano circa 250 dollari.

fil.

Il trattamento delle bronchiettasie.

Alla formazione di cavità bronchiettasiche concorrono vari elementi morbosi, tra cui l'accumulo della secrezione, la diminuzione di tono della muscolatura dei bronchi, l'indebolimento della parete dell'albero bronchiale.

A ciò si aggiungono talora delle azioni meccaniche morbose, rappresentate: sia dagli aumenti di pressione, come accade nei sofferenti di tossi croniche, e in certe professioni (soffiatori di vetro, suonatori di istrumenti a fiato); sia dagli ostacoli alla normale respirazione (aderenze pleuriche e indurimento di zone polmonari intorno ai bronchi).

Considerando quanto precede, si possono trarre vari precetti di indole profilattica, rappresentati fondamentalmente dalle cure da porre alle bronchiti facilmente recidivanti e alle tossi stizzose, nonchè dalla tempestiva applicazione di esercizi fisici di rieducazione respiratoria dopo affezioni pleuriche.

La diagnosi precoce delle bronchiettasie è pressochè impossibile, ed i malati giungono al medico quando queste sono già costituite.

Fra i segni precoci sono da annoverare le non rare emottisi, che vanno curate con il riposo, gli oppiacei, il ghiaccio.

Il trattamento curativo della bronchiettasia costituita potrà essere efficace solo nei rarissimi casi di corpi estranei nelle vie respiratorie, rimossi i quali, se il soggetto è giovane, può assistersi alla regressione progressiva della dilatazione.

In genere, invece, la bronchiettasia resta invariata, e sopravvengono complicazioni varie, che richiedono l'intervento del medico.

Tra tali complicazioni, E. Schott (*Deut. Mediz. Woch.*, n. 30, 1926), ricorda le infiammazioni dei seni nasali, per infezione lungo i linfatici, o per trasporto diretto di materiale settico.

Molto frequente è poi la bronchite cronica, che va trattata con iodio a piccole dosi (0.25 di I K, 3 volte al giorno), o con la maschera di Kuhn.

Quando si stabilisce l'infezióne putrida della bronchiettasia, si dovrà cercare di diminuire il secreto, di disinfettarlo, e di togliere l'odore nauseabondo. A tali scopi si somministrerà atropina o belladonna (0.02-0.03 di estratto, 3 volte al giorno, in forma pillolare); si tenteranno le iniezioni endovenose di 10 cmc. di sol. cloruro-sodica al 10 % (Singer); si farà inalare trementina, creosoto, olio di mirto.

In qualche caso potrà giovare l'inalazione di aria calda, come pure la diatermia e l'elioterapia artificiale.

Per allontanare il secreto eccessivo, Gerhardt consiglia l'espressione manuale ritmica del torace.

Recentemente è stato usato anche il neosalvarsan per via endovenosa, analogamente a quanto si fa nella gangrena del polmone. Risultati molto buoni se ne otterranno quando si complica all'affezione anche la lues.

Sono state anche lodate le iniezioni endotracheali di gomenolo (soluzione oleosa al 5 %, 10-20 cmc. ogni giorno), come pure le iniezioni di mentolo ed eucaliptolo.

Lo pneumotorace artificiale non corrisponderà quasi mai, per la difficoltà di ottenerlo completo, a causa delle aderenze pleuriche e della rigidità delle pareti stesse della cavità bronchiettasica.

A tutto ciò dovrà aggiungersi la cura dietetica e climatica opportuna, specialmente consigliabile nelle appropriate stazioni di cura.

La cura chirurgica rappresenta un trattamento di sicuro avvenire, e in qualche caso, eseguita da abili operatori, ha dato i suoi buoni risultati.

M. FABERI.

Le indicazioni dell'astensione operatoria nelle cisti idatidee del polmone.

F. Dévé (*Archives méd. chirur. de l'appareil respiratoire*, n. 2, 1926), all'opposto dell'opinione chirurgica moderna, invariabilmente ed unanimemente interventista, ha da molti anni sostenuto che il trattamento delle cisti idatidee del polmone non deve essere univoco e che vi sono numerosi casi nei quali l'intervento non è necessario, ed altri nei quali l'astensione operatoria deve essere la regola. In alcuni casi infatti, la vomica idatidea naturale è realmente curativa e merita di essere rispettata. Se l'inefficace e dannosa puntura terapeutica è una pratica giustamente abbandonata, la vomica rimane, in circostanze ben determinate, un processo curativo ed efficace che legittima l'astensione operatoria.

Il primo processo di guarigione della cisti del polmone, con involuzione spontanea asettica, è estremamente raro: se ne citano pochi esempi, mentre sono frequenti per quelle del fegato. È invece frequente la seconda eventualità di guarigione, con l'evacuazione spontanea nell'albero bronchiale. Ora, quale è il valore curativo di questa vomica? Per molti, e fra i maggiori, se la vomica in qualche caso porta alla guarigione, nella maggioranza dei casi, conduce ad una evoluzione pericolosa.

Intanto, se esaminiamo, caso per caso, le cisti dal punto di vista della loro localizzazione, le cisti corticali presentano le più sfavorevoli condizioni per la guarigione spontanea: grande volume, esiguità della fistola bronchiale, membrana madre voluminosa e consistente, spessore relativo dell'avventizia, sede frequente nei lobi inferiori, sinfisi pleurica costante. Esse vanno sempre operate. Le cisti centrali sono all'opposto indicate per la guarigione spontanea: apertura precoce nell'albero respiratorio, volume modico, avventizia sottile e soffice, larga apertura bronchiale, retrazione rapida quindi della sacca; l'operazione in tali casi è il più spesso inutile. Da 11 statistiche apprendiamo che su 162 casi di vomiche idatidee spontanee, si ha il 90 % di guarigione spontanea. In 11 casi dell'A. la vomica è stata liberatrice.

In presenza di una cisti intatta più o meno silenziosa, allorchè questa cisti sarà di piccolo volume e situata profondamente nella regione ilare, medici e chirurgi sono d'accordo: anche se queste cisti provocano emottisi frequenti, esse vanno rispettate fino a che non divengono accessibili per la loro esteriorizzazione. Ci si limiterà a sorvegliare la loro evoluzione.

MONTELEONE

VARIA.

I fattori endocrini del carattere.

La influenza del sistema endocrino nel determinismo del carattere individuale ha costituito oggetto di un accurato studio di Pende. In Francia lo stesso argomento è studiato da Laignel-Lavastine che ne ha trattato in un articolo comparso su *La Presse médicale*.

Tutte le secrezioni interne possono partecipare alla formazione ed alla modificazione del carattere, quelle destinate ad eccitare (*ormoni* da ὁρμάω, eccito), sia quelle destinate a frenare (*caloni* da χάλω, arresto), come quelle destinate a regolare (*ormozoni* da ἁρμόζω, regolo).

Un esempio dell'influenza d'un ormone sul carattere è dato dalla tiroide, che forse è la glandula che agisce più direttamente sulla vita psichica, tanto che Brissaud la chiamava la glandula dell'emozione. I basedowiani e gli ipertiroidei sono emotivi, irrequieti, sono molto variabili di umore, hanno spesso reazioni ansiose e colleriche talvolta molto violente.

Un esempio dell'influenza d'un calone sul carattere è dato dall'ovaio. Pezard ha trovato che l'iniezione di testicolo a polli cui siano asportate le ovaie provoca una tendenza al mascolinismo, che non si determina affatto se si lasciano a posto le ovaie: è evidente che il calone ovarico ha un'azione frenatrice, impedendo l'azione dell'iniezione testicolare. D'altra parte la scomparsa dei caloni ovarici all'epoca della menopausa oltre le ben note modificazioni organiche, come la comparsa di peli al mento, provoca evidenti alterazioni del carattere; le donne diventano colleriche, acri, pèrdono la grazia e la dolcezza femminile.

Un esempio dell'influenza di un ormozone sul carattere è dato dall'ipofisi. Sono noti i disturbi dell'armonia morfologica e psicologica della pubertà, quali l'acromegalia frusta e la perturbazione del carattere, che compaiono insieme alle modificazioni della secrezione ipofisaria in correlazione con lo sviluppo delle glandule genitali.

Questi studi meritano d'essere continuati, ma è necessario anzitutto analizzare gli elementi del carattere, del temperamento e della costituzione, che sono qualità ben distinte tra loro. Ciò che domina nel carattere è l'insieme delle qualità reattive dell'individuo, che costituiscono il così detto comportamento degli anglo-sassoni. Questo comportamento dipende sopratutto dalla sensibilità, dall'affettività e dalla reattività neuromuscolare, e meno dall'intelligenza.

Le variazioni del carattere, considerato sotto questo punto di vista, possono riferirsi essenzialmente a due specie di reazioni: *reazioni muscolari striate* e *reazioni muscolari liscie*. Gli individui nei quali predominano le prime sono *motori, attivi;* quelli nei quali predominano le seconde sono *simpatici, emotivi*.

Queste due specie di reazioni sono tra loro inversamente proporzionali. Perciò un'emozione violenta, come la collera, diminuisce quando si estrinseca con una serie di movimenti. Viceversa quando le manifestazioni motrici mancano, quando l'individuo trattiene la sua collera, questa diventa più intensa, si scarica sul simpatico e può produrre perturbazioni nell'organismo.

Kretschmer ha recentemente creduto di stabilire rapporti tra certi tipi di carattere e certi tipi morfologici. Questa idea di relazioni fisse tra costituzione e carattere che a prima vista sembra dello stesso ordine dell'idea dei fattori endocrini del carattere, ne differisce profondamente.

Le secrezioni interne hanno una funzione importante da una parte sulla morfologia e dall'altra sul determinismo del carattere.

Si ritiene generalmente che il temperamento deriva dalla costituzione e il carattere dal temperamento, ma è più logico ammettere che tanto la costituzione che il carattere derivano dal temperamento.

La costituzione è l'espressione morfologica ed il carattere l'espressione psicologica della formula fisico-chimica dell'essere, per modo che si possono stabilire rapporti tra costituzione e carattere.

Le ricerche di Kretschmer e Wertheimer sulla frequenza delle coincidenze negli stessi individui di certi tipi morfologici e psicologici sono importanti, perchè portano una precisione quasi matematica in una quistione il cui studio è antichissimo e che è alla base di tutti i tentativi più o meno esoterici della diagnosi dei caratteri a mezzo dell'esame esterno del corpo. Ma i fattori che entrano in giuoco nel determinismo dei temperamenti e dei caratteri sono così numerosi e le loro relazioni reciproche sono così complesse che bisogna guardarsi da sintesi audaci, che non possono considerare tutti i fattori multipli che fanno variare il coefficiente reazionale individuale, che è il principale oggetto della biologia differenziale.

argo.

PUBBLICAZIONI PERVENUTECI.

P. DE VECCHI. *The Campaign against Tuberculosis in Italy.* — New York, 1926.

LO PRESTI-SEMINERIO FRANCESCO. *Linfogranulomatosi inguinale subacuta.* — Napoli, Tip. dello « Studium », 1925.

LORENZINI G. *Caractères diffentièls entre les vitamines des aliments et les vitamines isolées.* — Milano, Typographie Institut Biochimique Ital., 1925.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

Medici italiani e concorsi indiani ed africani.

Sopra queste colonne si è spezzata una lancia perchè i giovani studenti di medicina italiani, dotati di nervi saldi, di volontà tenace e preparati per affrontare la vita in paesi lontani, imparino in tempo l'inglese.

Non franca la spesa ripetere l'utile morale nazionale ed economica per una emigrazione professionale che rigetterebbe buon nome sull'Italia: poichè siamo tutti persuasi che i Medici italiani ad altri coefficienti pari si possono bene e lealmente battere sul campo professionale coi medici di tutti i paesi, dando le prove di sapere, di intelligenza, di laboriosità, che noi sappiamo insite nella stirpe.

A riprova di questa utilità e delle possibilità pratiche è utile offrire documentazioni esatte che dimostrino la possibilità, ripetentesi di tratto in tratto, non solo di affrontare la libera professione di medico in paesi appartenenti ai dominions o all'impero britannico, ma di trovare anche posti fissi.

Da alcune settimane (ottobre) il *British medical journal* va ripetendo i grandi avvisi di due concorsi governativi. Uno è un concorso per l'*Indian medical service;* l'altro per il *West african medical staff.*

Il primo avviso, riguardante il servizio che dipende dall'*Indian medical service,* invita a concorrere giovani sotto i 32 anni di età con titolo riconosciuto dalle autorità inglesi (è il caso della laurea italiana). La carriera analoga alla militare (anzi vera carriera militare poichè si tratta di medici con servizio militare) offre varie clausole. Per limitarmi alle principali si nota che il soldo mensile iniziale è di 500 rupie e 150 di soprassoldo. Al grado di capitano il soldo è di 750 rupie e 15 sterline di soprassoldo con rapidi aumenti.

Inoltre dopo sei anni di servizio si ha una gratificazione di mille sterline e dopo 12 di duemila cinquecento.

Le pensioni sono notevoli: dopo 17 anni la pensione è di 400 sterline annue: dopo 27 anni di 800 sterline.

Inoltre vi sono condizioni di esercizio privato sebbene le opportunità non siano molte: vi sono condizioni di licenza lunghe per passaggi di navigazione ecc.

Per il servizio africano la paga iniziale è di sterline 660: i primi anni l'aumento annuo è di 30 sterline. Dopo tre anni si è confermati e l'aumento annuo è di 40 sterline sino a 960 sterline: indi dopo le 1000 sterline si hanno aumenti di 50 sterline sino a 1150.

Inoltre per le promozioni speciali vi sono indennizzi di 100-260-400 sterline annue. Le pensioni vanno da 508 sterline dopo 16 anni a 793 dopo 25. Inoltre vi sono premi di anzianità che toccano 72 sterline annue.

La carriera può portare al posto di direttore con un totale di 2200 sterline. Questi pochi dati bastano per verificare come le condizioni siano buone. Si noti che ovunque lo Stato provvede agli alloggi ammobigliati dietro un modesto compenso annuo: mentre il vitto quasi ovunque costa meno che in Europa, salvo bene inteso il vino.

È bene far presente tutto ciò ai giovani, i quali possono credere ad una fissazione quando si ripete di prepararsi alla lotta anche fuori dei confini della patria.

Le nostre Università continuano a riversare laureati in numero esuberante e sovra la emigrazione professionale dubbi non vi possono essere. I giovani laureati medici italiani sempre fanno onore alla patria.

Quindi i più forti e tenaci tengano bene presenti queste possibilità.

Una volta si trovavano medici che andavano al Congo in periodi nei quali le malattie tropicali avevano sul serio notevole importanza. Qui si tratta di paesi nei quali il solo vero pericolo è la... lingua.

Coloro che comprendono e operano dopo aver compreso forse ricorderanno con riconoscenza un giorno queste parole.

E. BERTARELLI.

N. B. — Nell'*Educational Number* del *Brit. Med. Journal* (4 sett. 1926) è riportato uno specchio degli stipendi e dei compensi per i medici militari e dei servizi pubblici di tutti i paesi dell'impero inglese.

Le tavole e i dati illustrativi possono essere consultati con profitto per verificare le possibilità di collocamento dei giovani medici italiani. Sarà facile scorgere come in molte colonie il trattamento iniziale si avvicini alle 700 sterline.

In ogni caso è utile segnalare queste tavole per l'esatta conoscenza di coloro che potessero avervi interesse.

(Dal *Pensiero Medico*).

Cronaca del movimento professionale.

L'assistenza agli orfani dei medici morti in guerra

Sotto la presidenza del gen. med. Della Valle s'è riunito il Comitato per l'assistenza agli Orfani dei medici morti in guerra.

Erano presenti il sen. prof. Simonetta, il dott. Fatichi rappresentante la Corporazione sanitaria, il prof. Ilvento rappresentante la C. R. I. e la Direzione di Sanità Pubblica, il prof. Santamaria del Servizio Sanitario della Aeronautica.

Dopo un nobile ed elevato discorso del gen. Della Valle e la relazione finanziaria presentata dal segretario generale dott. Federigo Bocchetti, sono state esaminate 55 domande ed a tutti indistintamente è stato concesso da parte del Comitato il beneficio dell'assistenza che sarà continuativa fino al giorno in cui gli orfani avranno conseguito il titolo di studi superiori.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

AGOSTA (*Roma*). — Scad. 20 dic.; vedi fasc. 49.

ARCE (*Caserta*). — Due cond.; scad. 31 dic.; età lim. 40 a.; doc. a 3 mesi dal 22 nov.; serv. entro 15 gg. L. 7000 e 5 quadr. dec. Ab. 4265 in 3 condotte.

AUSONIA (*Caserta*). — Al 20 dic. Vedi fasc. 49.

BERGAMO. *Ospedale Maggiore.* — Due assistenti; vedi fasc. 49. Scad. 20 dic.

CASTEL CIVITA (*Salerno*). — Scad. 14 gen. L. 7000 e 5 quadr. dec.; L. 1000 cav. Tassa L. 50.10.

CHIETI. *R. Prefettura.* — Ufficiale sanitario per Guardiagrele e Tocco Casauria; ab. 11,890 e 5319; L. 5000 (*sic*); titoli ed esami; età mass. 45 a. Docum. all'Ufficio Sanitario non oltre il 31 dic.

COSENZA (*Reggio Cal.*). *R. Prefettura.* — Uff. san. di Paola; L. 7000 e 5 quadrienni dec. Scadenza 20 dic.

GROTTAMINARDA (*Avellino*). — Scad. 23 dicembre; L. 6500 (*sic*); età mass. 45 a.; tassa L. 50.

MANTOVA. *Consiglio Ospitaliero.* — Medico primario dell'Ospedale e del Sanatorio Belfiore; a tutto il 30 dic.; L. 7500 più c.-v. in L. 1200 e 4 quadrienni dec.; percentuale tasse di cura. Età mass. 45 a.; 10 a. di laurea. Tassa L. 50. Chiedere annunzio.

OSIMO (*Ancona*). — Proroga 31 dic. Chiedere bando.

ROMA. *S. P. Q. R.* — Dovendo provvedersi alla scelta di N. 30 medici per il servizio di pronto soccorso sanitario notturno presso le Farmacie convenzionate del Governatorato, si comunica:

1) Saranno prese in considerazione le domande dei medici chirurghi che non abbiano oltrepassato il 30° anno di età e che abbiano compiuto un biennio di servizio come assistenti medici chirurghi effettivi negli Ospedali riuniti di Roma, ovvero come assistenti in un Istituto Clinico Universitario, ovvero siano muniti di titolo equipollente;

2) L'assunzione in servizio dei sanitari prescelti avverrà mediante contratto di lavoro per un biennio. L'Amministrazione si riserva la facoltà, a suo giudizio insindacabile, di addivenire, allo scadere del biennio, ad eventuali conferme annuali in servizio, le quali non potranno essere in nessun caso superiori al numero massimo di tre, restando espressamente esclusa la possibilità di ogni ulteriore conferma successiva.

3) I medici incaricati del servizio di pronto soccorso sanitario notturno hanno l'obbligo di prestare servizio una notte su tre, nelle farmacie loro assegnate, dalle ore 22 alle 6 durante i mesi da maggio a tutto ottobre e dalle 22 alle 7 negli altri mesi.

L'assunzione in servizio, l'assegnazione alle diverse farmacie, come pure i trasferimenti dall'una all'altra farmacia sono di competenza insindacabile dell'Ufficio d'Igiene, senza diritti di prelazione.

4) Per ogni notte di servizio sarà corrisposto al medico un onorario di L. 35 gravato di ricch. mobile, complementare e assicurazioni sociali.

Per le prestazioni professionali ai poveri, l'amministrazione rimborserà — se del caso — la spesa incontrata per l'uso di un mezzo di trasporto.

Le domande su carta da bollo da L. 2 dirette a S. E. il Governatore, saranno presentate all'Ufficio d'Igiene in via Merulana n. 123 non oltre il 31 dicembre p. v. e dovranno essere corredate dal certificato penale generale, dal certificato di residenza nel territorio del Governatorato di Roma, nonchè dal certificato di iscrizione nell'Ordine dei medici.

Ogni concorrente potrà inoltre presentare tutti quei titoli e documenti che crederà utili nei proprii interessi.

SONDRIO. *Manicomio Provinciale.* — Medico primario; a tutto il 31 dic.; titoli scientifici e pratici; L. 11,000 e 6 quadrienni dec.; c.-v.; alloggio. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.05. Chiedere ann. Rivolgersi Reale Commissione Straordinaria Amministratrice della Provincia.

TORINO. *Ospedale Umberto I.* — Aspirante assistente; nomina pel 1927, salvo conferma; scad. 15 dic. Rivolgersi Gran Magistero dell'Ordine Mauriziano.

TERNATE (*Como*). — Consor. 4 com.; L. 9000 per 400 pov., addizion. L. 5, mezzo trasp. L. 700, ambulat. L. 500, uff. san. L. 1100. Scad. 30 dic.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — III reparto; scad. 30 dic., ore 18; L. 8000 oltre c.-v., L. 2000 motocicletta o L. 3500 autovettura 5 quinq. decimo. Biennio di serv. lodevole in osped. o condotta. Età lim. 40 a. Ab. 5190; pov. c. 1160.

La Prefettura di Capitanata ha sospeso i concorsi banditi con gli avvisi 22 agosto e 16 ottobre c. a. per la nomina degli ufficiali sanitari di Vieste, Lucera, Pietra Montecorvino, Margherita di Savoia, S. Marco in Lamis, Stornara, Volturara, Appula, Biccari, S. Paolo Civitate, Poggimperiale, Volturino, Alberona, Candela, Carlantino, Carpino, Castelluccio dei Sauri, Castelluccio Valmaggiore, Celenza Valfortore, Chiuti, Motta Montecorvino, Ortanova, Peschici, Rodi Garganico, Stornarella, Serracapriola.

CONCORSI A PREMI.

Premio Riberi.

La R. Accademia di Medicina di Torino apre il concorso al 14° premio Riberi, di L. 20,000 con scadenza al 31 dicembre 1927, per un lavoro scientifico di argomento appartenente alle discipline mediche e che segni un importante progresso nel ramo dello scibile in cui si riferisce. Sono ammessi lavori stampati o scritti a macchina in lingua italiana, latina, francese, inglese, tedesca. Quelli stampati devono essere editi dopo il 1920.

Qualora il premio venisse aggiudicato ad un lavoro scritto, questo verrà stampato dall'Autore prima che scadano due anni dal conferimento del premio, e l'importo di questo verrà consegnato solo dopo l'invio all'Accademia di un doppio esemplare.

Lega Italiana contro il pericolo venereo.

L'Istituto Italiano d'Igiene, Previdenza ed Assistenza sociale (via Minghetti, 17, Roma) bandisce un concorso a due premi stabiliti dalla Lega Nazionale contro il pericolo venereo. I premi, di L. 4500 (cap. nominale del Prestito del Littorio) ciascuno, saranno assegnati all'autore del miglior lavoro a giudizio della Commissione esaminatrice, sopra i seguenti temi: 1) « La coltura del treponema (Rassegna critica e ricerche sperimentali); 2) « Guarigione della blenorragia dell'uomo e della donna. Sopravvivenza e latenza del gonococco ».

I lavori saranno inviati in plico postale raccomandato al segretario della Lega dott. Vincenzo Montesano, via Campo Marzio n. 69, Roma (120), entro il 31 dicembre 1927, al quale può richiedersi anche copia dell'annunzio di concorso.

Premio « Carlo Platschick ».

Il premio Carlo Platschick sarà assegnato ogni due anni dalla Federazione stomatologica italiana all'autore del miglior lavoro presentato alla sezione scientifica del Congresso generale ordinario del sodalizio sopra un argomento di stretta attinenza alla disciplina stomatologica. Il premio è stabilito in una somma pari al reddito biennale del capitale di L. 20,000, detratte le spese. La designazione del premio sarà fatta in occasione della seduta ordinaria del Congresso generale della Federazione. Potranno concorrere al premio soltanto autori di nazionalità italiana. I lavori presentati al concorso dovranno essere inediti. Norme solite.

I lavori dovranno giungere all'Associazione almeno un mese prima della data di convocazione del Congresso.

Il premio sarà assegnato per la prima volta nel Congresso del 1927 (settembre). Per il programma rivolgersi alla F. S. I. (Bologna, via D'Azeglio, n. 34).

BORSE DI STUDIO.

Borsa di studio « A. Piperno ».

Il prof. Arrigo Piperno di Roma ha messo a disposizione della Federazione Stomatologica Italiana, la somma di L. 20,000 perchè sia destinata ad aiutare un giovane medico di condizioni economiche disagiate, che intenda seguire il corso biennale 1926-28 di specializzazione in odontoiatria presso la R. Scuola di Milano.

I concorrenti debbono essere cittadini italiani di condizione economica disagiata, non residenti a Milano, laureati in medicina e chirurgia da non oltre due anni. Devono aver riportato negli esami universitari una media non inferiore ai 24 trentesimi. Devono impegnarsi di non esercitare la specialità se non a diploma di specialista conseguito. Per altre condizioni chiedere annunzio alla presidenza della F. S. I. (Bologna, via D'Azeglio, 34).

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

La nuova cattedra assegnata l'anno scorso dal Ministero alla Facoltà medica di Roma è stata destinata, con parere conforme dei competenti della Facoltà, alla Semeiotica medica. Il Governo ha chiamato a coprire questa cattedra col grado di ordinario il prof. GIUSEPPE BASTIANELLI, da molti anni libero docente di patologia e primario di un padiglione del Policlinico.

Il prof. Giuseppe Bastianelli ha coltivato fin dalla sua gioventù la chimica e l'anatomia patologica, ha pubblicato buoni lavori sulla malaria, s'è dedicato alla neuropatologia e di recente anche alla cardiologia

Nel dirigere il IX padiglione del Policlinico e nell'esercizio pratico egli ha dimostrato la competenza e la completezza di conoscenze che gli derivavano dal suo tirocinio e ha saputo accoppiarle a discernimento fine e sagace nella cura degli infermi. La sua preparazione è severa di studi e matura d'esperienza.

Ci possiamo quindi felicitare che sia stato scelto a coprire la nuova ed importante cattedra. È una nuova forza della Facoltà, perchè saprà contribuire a dare impulso agli studi e a preparare medici consci del loro ufficio e tecnicamente ben addestrati.

Il Comitato Esecutivo del Consiglio dei Governatori della Lega delle Società della C. R., nella seduta del 9 luglio 1926 ha stabilito che fino alla nomina di un direttore generale permanente Mr. Ernest P. Picknell vice-presidente del Consiglio dei Governatori e vice-presidente della C. R. Americana è autorizzato ad esercitare le funzioni di direttore generale della Lega delle C. R.

NOTIZIE DIVERSE.

Lega italiana per la lotta contro il cancro.

Il 21 novembre, nella sua sede provvisoria in Roma, si è riunito il Consiglio Direttivo Centrale della Lega Italiana per la lotta contro il cancro. Alla riunione, presieduta dal sen. prof. Alessandro Lustig, intervennero i vice-pres. proff. Ascoli Maurizio (Catania) e Bastianelli Raffaele (Roma), il segretario generale prof. Gallenga Pietro (Roma), i consiglieri proff. Bertolotti Mario (Torino), Belfanti Serafino (Milano), Lusena Gustavo (Genova), Radaeli Francesco (Genova) e Viola Giacinto (Bologna). Si sono scusati i proff. Sclavo (Siena), Fichera (Pavia) e Sfameni (Bologna). Assisteva, quale delegato della Direzione Generale della Sanità Pubblica, l'Ispettore Generale comm. dott. Mario Collina.

Il C. D. C. ha preso atto dell'attività svolta dalla Lega in questi due anni di vita attiva e feconda durante i quali ha provveduto alla costituzione di numerose Sezioni Provinciali e ha stimolato la formazione di altre provvedendo a larga propaganda presso i medici e presso il pubblico, incoraggiando altresì, con mezzi finanziari, il perfezionamento dei centri di accertamento per la diagnosi precoce del cancro.

Il vice-pres. prof. R. Bastianelli ha letto la sua relazione sull'importante Congresso americano tenutosi a New York nel settembre u. s. e il C. D. C. della Lega ne deliberò la stampa. Fu approvato il nuovo Statuto della Lega, secondo le norme stabilite dal Consiglio di Stato per la erezione della Lega in Ente Morale come pure è stato approvato il Regolamento organico per la gestione amministrativa dell'Ente.

Dopo aver deliberato sopra vari argomenti posti all'ordine del giorno dalla Presidenza, fu stabilito, a voti unanimi, di indire entro il 1927 a Milano una riunione di tutti gli Enti, Istituti, Ospedali ecc. che s'interessano del problema del cancro, compresi quelli che non aderirono alla Lega, precisando altresì lo scopo di tale riunione nazionale.

Il C. D. C. ha infine deliberato di esprimere un voto di plauso e un caldo ringraziamento a S. E. il Capo del Governo, al Ministro S. E. Federzoni e al Direttore Generale della Sanità Pubblica Nob. dott. Messea, per i recenti provvedimenti presi dal Governo Nazionale a favore della lotta contro questo flagello umano.

Inaugurazione di anni accademici.

A Torino il prof. Corti ha tenuto il discorso inaugurale sul tema: « Un sicuro primato italiano: generazione spontanea e dottrina parassitaria dei morbi ».

L'anno accademico della Scuola pratica di medicina di Fondazione Minich a Venezia si è inaugurato, presenti il prefetto, il sen. Giordano e altre auorità, con discorsi del prof. Casagrandi, preside della Facoltà Medica di Padova, e del prof. Ligorio, direttore dell'Ospedale Civile; tenne il discorso inaugurale il prof. Giorgi, primario pediatra dell'Ospedale, sul tema: « Fisiologia e patologia della crescenza ».

Corsi di perfezionamento in igiene.

Un corso bimestrale si terrà nel R. Istituto d'Igiene di Roma, a partire dal 12 gennaio. Modalità consuete. Tasse complessive L. 395.50, di cui 300 all'atto dell'iscrizione (da versare al Banco Santo Spirito). Le iscrizioni possono raggiungere il numero di 120; si ricevono sino all'11 gennaio.

Un corso trimestrale avrà luogo nel R. Istituto d'Igiene di Torino a partire dal 3 gennaio per aspiranti a ufficiali sanitari e in genere alla carriera sanitaria governativa, provinciale e comunale Rivolgersi all'ufficio dell'Economato, Palazzo della R. Università. Le iscrizioni si chiudono il 29 dicembre.

Corso di perfezionamento in medicina legale e delle assicurazioni sociali.

Sono aperte presso la Segreteria della R. Università di Genova (Via Balbi, 5) le iscrizioni al Corso di perfezionamento in Medicina legale e delle Assicurazioni sociali per i laureati in medicina e chirurgia aspiranti al diploma di specializzazione. Tassa d'iscrizione L. 200.

La domanda deve contenere cognome, nome, paternità, residenza e domicilio dell'aspirante, e deve essere corredata del certificato di laurea. Per altri schiarimenti rivolgersi al R. Istituto di Medicina legale, Via A. Bertani, 5, Genova).

Le iscrizioni, in numero limitato, restano aperte sino al 31 dicembre c. a.

Corsi internazionali di perfezionamento.

Alla Facoltà Medica di Vienna si terranno un corso di neurologia e psichiatria, con speciale riguardo alla terapia, dal 7 al 20 febbraio; ed un corso sulla terapia moderna, dal 4 al 9 luglio.

Vi prenderà parte un ingente numero d'insegnanti. Chiedere il programma al dott. A. Kronfeld, Porzellangasse 22, Wien IX. Avranno anche luogo corsi speciali, in vari rami della medicina. Iscrizioni presso il Kursbüro der Wiener medizinischen Fakultät, Schösselgasse 22, Wien VIII.

Il Comune di Franzensbad ha organizzato due corsi internazionali speciali, per malattie ginecologiche e per cardiopatie, durante il mese di maggio 1927. Rivolgersi allo: Obman des ärztlichen Vereines in Franzensbad (Czecoslovacchia).

Scuola superiore di educazione fisica.

Presso la R. Università di Bologna è istituita una Scuola Superiore di Educazione fisica, aggregata alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Essa ha per fine, come è detto nel primo capitolo dello Statuto, « di promuovere il progresso della Scienza della Educazione fisica e di fornire la cultura necessaria per l'insegnamento della stessa nelle scuole medie e superiori, conferendo al termine del corso il diploma di abilitazione all'insegnamento dell'Educazione fisica ». Si propone

inoltre: *a*) di impartire corsi speciali d'Istruzione e preparazione per determinate carriere, uffici o professioni inerenti alla Educazione fisica rilasciando al termine dei corsi stessi certificati o brevetti; *b*) di offrire agli studenti universitarî e delle scuole superiori opportunità di conoscere e praticare razionalmente gli esercizi ginnastici e sportivi ai fini della loro personale educazione fisica e morale. È diretta dal prof. D. Ottolenghi.

Scuola internazionale per le infermiere.

A Manchester Square, in un quieto angolo nel cuore di Londra, la Lega delle Società di Croce Rossa ha istituito una Scuola internazionale di perfezionamento per le infermiere di tutto il mondo e in questa scuola convengono, da tutti i centri europei e da tutti i paesi d'oltre mare, le donne votate all'altissima missione di assistere gl'infermi. Ogni Croce Rossa nazionale invia una sua rappresentante e quest'anno 18 sono le allieve di origine diversa: un'italiana, tre austriache, tre inglesi, un'americana, una bulgara, una tedesca, un'indiana, una lituana, una ungherese, una cekoslovacca, una islandese, una polacca, una Sud africana, una finlandese, tutte unite in un solo fervore per il bene dei propri simili senza distinzione di razza e di pensiero! I locali di questa scuola-convitto sono confortevoli, ridenti e luminosi. Vi sono sala di studio, biblioteca, salotto e ancora stanze di ufficio e di direzione, la sala da pranzo e tutti i servizi di cucina, dispensa e guardaroba che possono dirsi veri miracoli di ordine, nettezza e praticità.

Corso ufficiale della Croce Rossa Italiana per l'assistenza all'infanzia.

La Presidenza dell'Opera per l'Assistenza alla Maternità ed all'Infanzia ha dato alla Direzione generale della Croce Rossa Italiana l'incarico di organizzare il corso ufficiale di Assistenza all'Infanzia per i laureati di medicina e chirurgia, che l'Opera stessa tiene in Roma.

La Croce Rossa Italiana pertanto non attuerà nel prossimo anno 1927 i consueti corsi di Assistenza all'Infanzia, che si ripetevano ogni anno nel Preventorio per Lattanti « E. Maraini », ma ha posto questo Istituto e tutta la sua attività a disposizione dell'Opera Nazionale per attuare il corso ufficiale predetto.

L'incarico della organizzazione è stato affidato al direttore del Preventorio prof. F. Valagussa che ha diretto tutti i corsi precedenti tenuti dalla C. R. I.

Centenario di Laënnec.

Come abbiamo annunziato, le cerimonie commemorative si svolgeranno con grande solennità dal 13 al 15 dicembre, in Parigi (Accademia di Medicina, Sorbona, Ospedale della Charité, Ospedale Laënnec, Ospedale Necker, Istituto Pasteur, Museo Carnavalet, Municipio); una escursione è organizzata a Nantes e a Quimper. Il prof. Vittoria Ascoli è stato invitato a far parte del Comitato. Rappresenterà alle onoranze il Governo, la Facoltà medica, l'Accademia medica di Roma e la Società di medicina interna.

Interscambi colturali.

Il prof. Friedrich von Müller, clinico medico di Monaco, ha tenuto alla « Mayo Fondation » in Rochester (Stati Uniti) una serie di conferenze sui temi: « Gozzo », « Gotta », « Nefrite », « Encefalite », durante la settimana chiusasi il 30 settembre u. s.

La stessa fondazione ha invitato il prof. Oscar Gans, della Clinica dermatologica di Heidelberg, a tenere colà durante il semestre invernale un ciclo di conferenze sulla « istologia delle malattie cutanee ».

(*Forschungen u. Fortschritte*, 1 ott. 1926).

Nel giornalismo sanitario.

La « Rivista Italiana di Actinologia », organo ufficiale dell'Associazione Ultravioletta Italiana, viene pubblicata a cura del dott. Fermo Mascherpa, con la collaborazione di uno scelto Comitato redazionale; il primo fascicolo reca lavori originali di E. Centanni, R. Porcelli, O. Coniglio, F. Mascherpa, una biografia dello Sciascia, numerose recensioni e informazioni varie. La redazione ha sede a Milano (17), via Boccaccio 16; l'amministrazione a Como, Lungo Lario Trento 31.

« La Fiaccola », diretta dal prof. A. Breccia dell'Università di Genova, compie una fervida azione antitubercolare e di difesa sociale sanitaria, e si propone di essere un organo fattivo per la lotta contro la tubercolosi pel miglioramento della personalità umana. Augurî.

Conferenza.

A una seduta dell'« Associazione dei Medici Italiani in America », tenuta presso l'Accademia di Medicina di New York (103rd Street & 5th Avenue) il 19 novembre, il dott. Vincenzo Grossi ha svolto il tema « La cura chirurgica dell'ulcera gastrica ».

L'Associazione è presieduta da G. Previtali; ne è segretario P. F. Amoroso (315 Eat 116th St., New York).

Per il nuovo Ospedale Maggiore.

Il Consiglio dell'Ospedale Maggiore di Milano ha bandito il concorso nazionale per il progetto del nuovo Ospedale Maggiore, che dovrà sorgere nelle immediate vicinanze di via Graziano Imperatore, alla sinistra, press'a poco, di Prato Centenaro (nord della città).

Il concorso scade alle ore 16 del 30 giugno 1927. Agli autori dei progetti, che saranno dalla Commissione dichiarati meritevoli di premio, verranno assegnati, oltre al rimborso delle spese, tre premi, uno di L. 100,000, il secondo di 70,000 ed un terzo di L. 50,000.

Agli autori dei dieci progetti classificati primi nella graduatoria di merito, sarà assegnato un rimborso di spese nella misura fin d'ora fissata e indivisibile, di L. 10,000.

L'area disponibile per sviluppare il progetto del nuovo Ospedale Maggiore ha una superficie totale di mq. 328,000 circa. Il progetto dovrà rispecchiare i concetti più modernamente accettati e riconosciuti in fatto di costruzioni e ordinamenti ospitalieri.

L'ospedale dovrà essere capace complessivamente di n. 1500 letti senza ulteriore ampliamento.

Si può richiedere bando di concorso al Consiglio degli Istituti Ospitalieri di Milano, via Ospedale, n. 5.

Per un tubercolosario in Bolivia.

Il Municipio di La Paz ha stanziato 100.000 bolivianos (oltre 2 milioni di lire it.) per la costruzione di un ospedale per tubercolotici, che sarà annesso all'Ospedale Miraflores; sarà ripartito in tre sezioni: maschi, femmine e fanciulli.

Istituto di cardiologia a Rio Janerio.

È stato inaugurato nel centro della città di Rio de Janeiro un « Istituto Clinico di Cardiologia »; occupa un edifizio nuovo, con istallazioni appositamente preparate. È diretto dai dottori Pedro da Cuñha, Genival Londres, Mucio de Senna, Cassatro Aranjo e B. Sicupira. È diviso in due grandi reparti: diagnostico e terapeutico. (*Folha Médica*, 1 nov. 1926).

In onore di Pavlow.

L'Accademia delle Scienze russa prepara una cerimonia in onore del prof. J. P. Pavlow, per celebrare il 25° anniversario dell'annunzio dei riflessi condizionati.

Infortuni di sanitari.

Il prof. Erich Opitz, direttore della Clinica ginecologica dell'Università di Friburgo, in Baviera, è rimasto ucciso per un accidente automobilistico, il 13 settembre.

Il dott. F. Krömeke, libero docente e aiuto alla Clinica Medica dell'Università di Münster, è rimasto ucciso per un accidente di bicicletta; contava appena 33 anni.

Il prof. E. Krompecher, direttore dell'Istituto di anatomia patologica di Budapest, colpito da una malattia da lui giudicata grave, si è ucciso buttandosi da una finestra.

Il dott. G. Rioux di Bordeaux è morto di una setticemia fulminante contratta ferendosi lievemente nell'applicare una mediazione a un bambino ricoverato nella sua corsia.

Il dott. Vittorio Bolugani, di 37 anni, medico condotto a Olginate (Como), è stato fatto segno a minacce — con colpi di rivoltella e con un pugnale — da parte di tre individui i quali sotto pretesto dell'assistenza ad un sinistrato, lo portarono in automobile, in compagnia col figlio, sulla strada provinciale e poi lo abbandonarono in aperta campagna; la sotto-prefettura di Lecco ha aperto un'inchiesta.

Assistente farmacista condannato per vendita di sublimato senza ricetta.

Il Tribunale di Mantova, dopo ampio dibattito, ha ritenuto colpevole l'assistente farmacista Felice Fraini, di Acquanegra sul Chiese, e lo ha condannato a tre mesi di reclusione e a mille lire di multa, per vendita di sublimato corrosivo senza ricetta; ha assolto il titolare della farmacia dott. Paolo Agostini per insufficienza di prove. Il sublimato era stato usato da una signorina di Mantova, a scopo suicida, con esito letale. Il Fraini ha interposto appello.

Misure profilattiche contro il tifo.

L'Ufficio Stampa del Capo del Governo comunica:

« In alcuni Comuni della Provincia di Roma e particolarmente in quelli di Albano, Ariccia e Genzano, si sono manifestati numerosi casi di febbre tifoide. Il fatto ha richiamato fin dall'inizio l'attenzione del Capo del Governo, Ministro per l'Interno, per disposizione del quale sono state subito adottate le necessarie misure profilattiche mettendo a disposizione dei Comuni più colpiti personale medico e di assistenza nonchè materiale sanitario e di arredo per ampliare i locali di isolamento e gli Ospedali.

« Il Capo del Governo ha disposto che la lotta intrapresa sia continuata con ogni energia e prontezza ed all'uopo sono in corso altri provvedimenti per integrare l'organizzazione dei mezzi profilattici ».

Misure profilattiche contro la rabbia.

L'Alto Commissario per Napoli ha preso serî provvedimenti per infrenare il contagio della rabbia: sia relativi ai cani che, più che essere uccisi come comunemente si pratica, vanno catturati e sorvegliati; sia riguardanti i pazienti, che devono iniziare la cura subito, prima che nel cane sia stata accertata la malattia, se si vogliono avere i migliori risultati.

Contro il commercio degli stupefacenti.

L'on. Lando Ferretti aveva interrogato il ministro dell'interno sull'opportunità di attuare misure più severe contro il commercio clandestino degli stupefacenti, di promuovere intese internazionali e di creare una polizia speciale per la repressione di tale commercio.

Il sotto-segretario on. Teruzzi rispose dando assicurazioni sull'intensificazione delle misure repressive e informando che è in studio l'adozione di un modulo unico per la segnalazione e individuazione degli spacciatori, fra le diverse Polizie — concordato con la Segreteria Generale della Società delle Nazioni. — Dichiara inopportuna l'istituzione di una polizia speciale.

Per l'obbligatorietà della vaccinazione antitifica.

Cheron, Merlin e Gallet hanno presentata alla presidenza del Senato Francese una proposta di legge intesa a rendere obbligatoria la vaccina-

zione antitifica. La proposta è motivata dalla considerazione che la mortalità in Francia si mantiene più alta che in altre nazioni civili, e che ad essa contribuisce molto il tifo.

L'angina pectoris tra i giovani.

L'Ufficio Sanitario dello Stato di Jowa ha compiuto un'inchiesta sulle morti da cardiopatie nel 1925, con riguardo alle età ed ai sessi.

Importa notare che è registrata una morte da angina pectoris nel gruppo di 5 a 9 anni, una nel gruppo 10-14 anni, una nel gruppo 20-24 anni.

Per gli orfani di guerra anormali psichici.

Le Patronesse dell'Opera Nazionale Orfani di Guerra Anormali Psichici, hanno tenuto una importante riunione, riprendendo con rinnovato entusiasmo la loro azione così altamente benefica verso i figli più infelici di coloro che immolarono la vita per rendere più grande la nostra bella Patria.

Disciplina dello specialismo in Germania.

Il « Comitato Nazionale per Medici e Casse-Malati », che regola in Germania i rapporti tra i medici e le società di assicurazione contro le malattie, ha emanato delle norme che disciplinano l'uso del termine « Facharzt » o specialista. Si richiede prevalentemente che si sia trascorso un congruo periodo di tempo (3-6 anni) in istituzioni specializzate, anche se non universitarie, anche se a titolo di assistentato volontario; i periodi durante i quali si è stati impegnati in ambulatori o in gabinetti di consultazione vengono valutati metà.

Farmacopea turca.

È allo studio una legge per l'istituzione di una Commissione che dovrà provvedere alla compilazione della Farmacopea Turca.

La Commissione dovrà riunirsi ogni cinque anni, allo scopo di addivenire alle necessarie modificazioni, che verranno pubblicate nella forma di supplementi.

Ospedale per negri in America.

Un Ospedale destinato esclusivamente a negri sorgerà prossimamente a Baltimora; porterà il nome di Ospedale Vittoria; sarà diretto dal dott. John M. T. Finney, del Johns Hopkins Hospital; tutto il corpo sanitario sarà di razza negra.

Si è spento il prof. PAOLO POSTEMPSKI, che per lunghi anni diresse l'Ospedale di San Giacomo in Roma e fu un operatore abilissimo e sagace.

Ne parleremo più ampiamente in un prossimo fascicolo.

È morto il prof. GIORGIO THIBIERGE, che per molti anni diresse i reparti di dermato-venereologia degli Ospedale della Pitié, Broca e Saint Louis a Parigi; fu a lungo direttore anche degli « Annales de Dermatologie ». Ha compiuto studi apprezzati sulle dermatiti artificiali, sulle dermatiti di guerra, sulla scabbia del gatto, ecc. Tuttora fa testo il suo libro « Sifilide e deontologia ».

R.

Il 24 nov. è morto improvvisamente a Pavia il sen. prof. Roberto Rampoldi, insigne oculista. Era nato a Bregnano (Como), il 28 novembre 1850. Per circa un quarantennio tenne la cattedra di oculistica nell'Università di Pavia. E di Pavia egli aveva fatto la sua patria adottiva: di essa fu deputato al Parlamento per 28 anni, lungo otto Legislature, militando nel partito radicale. Era stato eletto senatore nell'ottobre 1919. Occupò numerose e importanti cariche sia nell'amministrazione della città, che della Provincia di Pavia.

Fu anche presidente dell'Associazione dei Medici e condirettore degli « Annali di Oftalmologia ». Alcuni mesi or sono donò, in unione alla consorte signora Maria Manzoli, L. 200.000 alla Università di Pavia per la fondazione di quattro borse di studio. Fece parecchie pubblicazioni di ordine scientifico.

C. S.

Indice alfabetico per materie.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ANNO XXXIII Roma, 20 Dicembre 1926 Fasc. 51

IL POLICLINICO

fondato dai professori:

GUIDO BACCELLI — FRANCESCO DURANTE

SEZIONE PRATICA

REDATTORE CAPO: PROF. VITTORIO ASCOLI

SOMMARIO.

OSSERVAZIONI CLINICHE.

Sulla " retinite glicemica „ associata a iperglicemia o ipoglicemia.

Contributo alla "sindrome ipoglicemica„

Prof. QUIRINO DI MARZIO

Docente di Clinica oculistica della R. Università di Roma.

Nonostante vari autori si siano occupati della retinite diabetica, pure la patogenesi di essa non è stata sufficientemente chiarita, tanto che numerosi sono ancora i punti su cui esiste notevole divergenza di opinioni, anzi alcuni discutono sulla reale esistenza della retinite diabetica. Mentre infatti alcuni sostengono che le lesioni retiniche nel diabete trovano il loro fattore causale nella glicosuria, vi sono altri invece per i quali solo il sopraggiungere di alterazioni del filtro renale è capace di produrre la retinite puntata nel diabete. Sostenitori della prima teoria sono Galezowscki, Dodd, Lagrange, Hirschberg; della seconda De Wecker, Dianoux, Morax, Beauvieux e Pesne. Beauvieux e Pesne pensano che le chiazze emorragiche siano sotto la dipendenza della glicosuria, mentre le chiazze bianche sarebbero l'indice di un *deficit* renale. La retinite dei diabetici sarebbe perciò una forma mista: le lesioni vascolari e le emorragie dipenderebbero dal diabete stesso, gli essudati dalla nefrite concomitante. Tale opinione non risulta però perfettamente confermata dalle osservazioni dell'Onfray il quale si è occupato di studiare in numerosi diabetici la funzionalità renale e la tensione arteriosa e, se ha constatato che la maggior parte dei diabetici con retinite sono degli ipertesi vascolari o hanno delle alterazioni della funzionalità renale, tuttavia ha constatato anche che la retinite può trovarsi tanto in diabetici con tensione arteriosa normale, quanto in diabetici con integrità del filtro renale (25 %).

Tale divergenza di opinioni possiamo facilmente spiegarla se si pensa che tuttora sono scarse le conoscenze etiologiche e patogenetiche del diabete stesso. Noi sappiamo infatti che il diabete non è che una sindrome di iperglicemia. Se la riduciamo a questa sola sindrome, si ha la forma così detta solitaria del diabete, ma spesso altri disturbi si sogliono associare a questa sindrome, onde i disturbi nutritivi nei diabetici non consistono solamente in una alterazione dell'utilizzazione del glucosio, ma anche in un disturbo dell'utilizzazione dei grassi, delle sostanze proteiche, della escrezione dell'acido urico, ecc., disturbi questi che oggi vengono considerati non dipendenti dal diabete, ma ad esso associati e prodotti forse dalla stessa causa.

Ma quali le cause di questo alterato ricambio degli idrati di carbonio nei tessuti? Noi sappiamo

per esperienze ormai classiche che il pancreas produce qualche cosa (insulina) che è necessaria, anzi fondamentale per l'utilizzazione del glucosio nell'organismo: siccome il tasso del glucosio nel sangue resta fisso malgrado il consumo dello zucchero, bisogna ammettere che l'insulina intervenga in questa regolazione in modo che debba esserci, come dice Ambard, un rapporto tra il tasso del glucosio e quello della insulina nel sangue, tra la glicemia e l'insulinemia; noi però non siamo in grado, con gli attuali mezzi di indagine, di misurare la insulinemia.

L'alterato ricambio del glucosio è, d'altro canto, un disturbo nutritivo molto frequente nelle malattie, essendo la glicosuria stata riscontrata nelle affezioni del fegato, nelle pancreatiti croniche, in malattie acute, nelle nefriti, in affezioni delle glandole a secrezione interna e dopo iniezioni di adrenalina o di estratto pituitario.

Il diabete dunque noi dobbiamo considerarlo, secondo dice Achard, non come una malattia, ma come un « disturbo nutritivo che può manifestarsi nel corso di diverse malattie, una sindrome comune a diversi stati morbosi, una sindrome che può essere prodotta da malattie etiologicamente differenti ».

Si può concepire che, come per ogni disturbo di nutrizione, la utilizzazione del glucosio possa essere alterata per eccesso o per difetto. Ma, mentre l'importanza della iperglicemia è stata riconosciuta da tanto tempo, solo dopo la introduzione del trattamento insulinico nel diabete l'attenzione è stata maggiormente diretta verso la ipoglicemia. Era stata descritta, in casi di distrofia adiposo-genitale, una attitudine eccessiva alla utilizzazione del glucosio: nella Malattia di Addison l'ipoglicemia è stata notata dal Porges, dal Bernstein, dal Pollak. Falta, Viola e Pende hanno insistito su questo aumento di tolleranza che si accompagna ad ipoglicemia. Anche nell'ipotiroidismo è stato notato spesso un basso valore dello zucchero nel sangue, mentre qualche altra volta è stata notata iperglicemia. Ma tali casi sono abbastanza rari e solo l'uso dell'insulina ha fatto conoscere una serie di sintomi caratteristici della ipoglicemia.

Sperimentalmente è nota l'ipoglicemia provocata con la esclusione del fegato (fistola di Eck) nel cane, dopo le ricerche di Fischler che la denominò « intossicazione glicopriva ».

Nella diagnostica generale non viene quasi mai considerata l'ipoglicemia ed alle scarse forme finora descritte, è stato dato soltanto un valore clinico di rarità.

Solo dopo l'uso dell'insulina si è cominciato a distinguere una sindrome ipoglicemica con sintomi lievi ed una con sintomi gravi. Secondo gli autori, questa sindrome ipoglicemica si stabilisce quando nel sangue il tasso glicemico, calcolato a digiuno, scende tra gr. 0,40 e 0,70 per mille.

I sintomi lievi dell'ipoglicemia da insulina si manifestano con cefalea, nausea, senso subiettivo di calore, tremore, sonnolenza, facile stanchezza, torpore intellettuale, sintomi che si presentano con maggiore intensità al mattino.

I sintomi della forma grave sono dati da fenomeni motori, irregolarità del polso, sintomi oculari, anomalie psichiche e coma ipoglicemico.

I fenomeni motori possono variare dalla semplice irrequietezza muscolare a tipo coreico, fino al tipo convulsivo con rigidità muscolare, come si osserva nelle convulsioni da stricnina. Il polso è per lo più accelerato.

I sintomi oculari notati sono soltanto a carico della motilità, essendo stata notata diplopia con srabismo paralitico che Priesel e Wagner credono dipenda da uno spasmo della convergenza di origine corticale e non da fenomeni paralitici.

Il coma ipoglicemico è accompagnato, a differenza del coma diabetico, da polso piccolo e accelerato, respirazione normale e rigidità muscolare.

*
* *

In questo lavoro io ho voluto ricercare il valore del fattore glicemico nelle così dette retiniti a tipo diabetico, pensando che è ancora da stabilirsi, date le scarsissime ricerche sull'argomento, la reale esistenza di una tale forma di retinite. Ma nel corso delle mie ricerche, mentre dirigevo l'attenzione verso l'iperglicemia, ho trovato un fatto nuovo, non ancora notato da alcuno, cioè l'esistenza di una retinite a tipo diabetico accompagnantesi ad una notevole ipoglicemia.

Stabilire quindi l'esistenza della « retinite glicemica », tanto cioè accompagnata da iperglicemia che da ipoglicemia, divenne un mio compito nel corso delle ricerche. Ho creduto allora necessario di cercare se realmente nelle iper- e nella ipoglicemia le alterazioni retiniche sono *dipendenti* dall'alterato ricambio del glucosio oppure, come vorrebbero alcuni autori, dalle concomitanti o conseguenti alterazioni della funzionalità renale e del circolo arterioso. In ogni caso di retinite a tipo diabetico quindi, oltre l'esame delle urine, ho praticato l'esame del sangue per le ricerche della glicemia, dell'azotemia e della reazione di Wassermann e l'esame della pressione arteriosa periferica. Le ricerche di laboratorio sono state controllate dai proff. Silvestri e Pietravalle.

Dai risultati ottenuti sono stato portato a dividere la casistica delle retiniti in varie categorie,

e cioè: retinite con ipoglicemia semplice; retinite con ipoglicemia, azotemia ed ipertensione arteriosa; retinite con iperglicemia semplice; e retinite con iperglicemia ed ipertensione arteriosa.

RETINITE CON IPOGLICEMIA.

OSSERVAZIONE I. — P. Vincenzo, di anni 45, da Roma.

Ha sofferto di artro-sinovite tubercolare all'età di nove anni. Nel 1905 gli furono prescritte delle lenti miopiche. Attualmente accusa disturbi visivi. Nell'O. S. l'inizio di tali disturbi risale al 1914 quando notò la comparsa di uno scotoma centrale positivo; si sottopose ad un regime dietetico vegetale, a cure stricniche e di ipofosfiti di calcio; dopo tali cure notò miglioramento giacchè lo scotoma positivo assunse una forma anulare. Verso la fine di marzo 1920 lo scotoma centrale è ritornato come prima. In O. D. la diminuzione di vista si è iniziata nel maggio 1920 ed ha subito un notevole aggravamento il 12 agosto.

Stato attuale 15-11-1921: sviluppo scheletrico normale, scarso sviluppo delle masse muscolari, cute e mucose pallide ed aride. Atrofia dell'arto inferiore destro in rapporto con l'anchilosi della articolazione tibio-tarsica.

Tremore accentuato a mani protese. Tremore a lingua protrusa. Irrequietezza, disappetenza, sonnolenza e stanchezza continue.

Esame oculare: Visus O. D.: 1/50 con lente sf.-6=2/10; O. S.: 1/25 con lente sf.-3=1/10 scarso.

Esame oftalmoscopico in ambo gli occhi: intorno alla macula e per una zona che si estende fino al margine papillare si notano numerose piccole chiazze più grandi di colorito nerastro (esiti di emorragie retiniche) e di emorragie retiniche puntiformi.

Perimetria scotoma assoluto centrale in ambo gli occhi.

Sospettai una retinite diabetica pel tipo della lesione retinica.

Esame delle urine completamente negativo.

Esame del sangue: Wassermann nel sangue negativa. Concentrazione ureica nel sangue gr. 0,34 per mille, glicemia gr. 0,40 per mille.

Esame dell'apparato cardio-vascolare normale. pressione arteriosa 85 (Riva-Rocci).

Faccio diagnosi di retinite ipoglicemica.

Consultato il prof. Ascoli ed il prof. Silvestri, ordino una cura a base di ipernutrizione e di marmellate.

L'infermo migliora straordinariamente e rapidamente il suo stato generale. Le lesioni oculari migliorano pochissimo perchè in gran parte si trattava di esiti definitivi; però sono scomparse le emorragie.

OSSERVAZIONE II. — Piant. di anni 54, da Roma.

Accusa diminuzione di vista periodica e progressiva all'O. D. Stato generale di nutrizione ottimo; senso di grande stanchezza e cefalea.

Visus 1/10 in O. D. con lente sf. + 1-2/10 — O. S. 10/10.

Esame oftalmoscopico: O. D. emorragie retiniche lungo i vasi nella zona peripapillare a fiocchi e senza alone centrale, sparse per tutta la retina, ma più specialmente nella regione maculare. Piccola striscia di retinite proliferante, al disopra della regione maculare, lunga circa 3 diametri papillari ed alta mezzo diametro. Vasi venosi normali; gli arteriosi sottili, tortuosi sulla papilla, in alcuni punti appaiono come fossero vuoti.

Esame delle urine: albumina e glucosio assenti, non cilindri.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 70 %, basofili 3 %, eosinofili 1 %, linfociti 12 %, monociti 10 %, forme di passaggio 4 %.

Esame del sangue: Wassermann negativa. Azotemia gr. 0,50 per mille; glicemia 0,30 per mille.

Esame dell'apparecchio cardio-vascolare: cuore normale, lieve rinforzo del secondo tono sul focolaio aortico, polso 70, ritmico. Pressione al Riva Rocci 80.

RETINITE CON IPOGLICEMIA, AZOTEMIA ED IPERTENSIONE.

OSSERVAZIONE III. — F. Giovanni, di anni 58, da Roma. 26 gennaio 1922.

Soffre spesso di cefalea frontale accessuale, torpore psichico e stanchezza. Da un anno accusa diminuzione di vista in ambo gli occhi.

Visus: O. D. 4/10, con lente sf.-1 = 10/10; O. S. 6/10 non migliora.

Esame oftalmosopico: O. D. papilla lievemente arrossata con lieve soffusione dei bordi. Piccole chiazze bianche retiniche, sparse specialmente nei pressi della regione para-maculare. O. S. papilla iperemica, notevole soffusione dei bordi, lieve edema retinico peripapillare. Chiazze bianche ed emorragie puntiformi peripapillari e nella regione maculare. Perimetria dell'occhio sinistro: restringimento periferico notevole del bianco e dei colori. Scotoma centrale relativo.

Esame dell'apparato cardio-vascolare: lieve ipertrofia del ventricolo sinistro; pressione sanguigna arteriosa 250 al Pachon.

Esame delle urine: albumina 0,25 per mille, glucosio assente.

Esame del sangue: Wassermann negativa: azotemia 1,40 per mille; glicemia 0,30 per mille.

Il 25 febbraio 1922, dopo alimentazione aclorurata e con prevalenza di zucchero: miglioramento dello stato generale.

Esame oftalmoscopico: chiazze bianche ed emorragiche retiniche diminuite di numero.

Perimetria: scotoma centrale relativo scomparso in O. S. - Visus O. D. 4/10, con sf.-1 = 10/10; O. S. 6/10, con sf.-1,50 = 10/10 scarsi.

Esame delle urine: albumina traccie non dosabili.

Esame del sangue: azotemia 0,90; glicemia 0,70 a digiuno.

OSSERVAZIONE IV. — P. Crescenzio, di anni 47, da Roma. 26 gennaio 1924.

Accusa da qualche tempo diminuzione di vista. Visus O. D. 3/10 non migliora; O. S. 4/10, con forame 6/10 scarsi. Pupille uguali e ben reagenti agli stimoli.

Esame oftalmoscopico: O. D. papilla iperemica con chiazze di emorragie retiniche peripapillari. Sopra la macula due grosse emorragie; sulla regione perimaculare numerose chiazze puntiformi di colorito giallastro. O. S. reperto pressochè identico dell'occhio destro, mancano le grosse chiazze emorragiche.

Perimetria: O. S. scotoma centrale; O. D. scotoma paracentrale.

Esame delle urine: albumina 1,5 per mille, zucchero assente, urea 14 per mille. Sedimento cilindri ialino-granulosi e granulosi, qualche emazia.

Esame del sangue: Wassermann negativa; azotemia 1,73 per mille; glicemia 0,45 per mille.

Formula leucocitaria: polinucleati neutrofili 48 %, linfociti 41 %, monociti e forme di passaggio 11 %.

Pressione arteriosa: M. 230 - m. 135 al Pachon.

RETINITE CON IPERGLICEMIA.

OSSERVAZIONE V. — B. Giacomo, di anni 63, da Celano. 7 agosto 1923.

Accusa diminuzione di vista in ambo gli occhi da qualche anno, senso di torpore e sonnolenza. Visus 4/10 bilateralmente.

Esame oftalmoscopico: emorragie retiniche puntiformi e piccole chiazze bianche retiniche (degenerative) verso il polo posteriore del globo; più abbondanti a sinistra.

Esame generale: negativo. Pressione arteriosa 65 al Riva Rocci.

Esame delle urine: albumina assente, glucosio 60 per mille.

Esame del sangue: Wassermann negativa. Glicemia 1,87 per mille; azotemia 0,50 per mille.

OSSERVAZIONE VI. — C. Nicola, di anni 68, da Roma. 29 settembre 1923.

Senso di stanchezza e diminuzione di visus. In O. S. è stato operato di cataratta.

Visus: O. D. 1/60; O. S. percezione di luce; in O. S. movimenti della mano ad un metro.

Esame oftalmoscopico: O. D. emorragie retiniche e varie opacità emorragiche nel vitreo; O. S. fondo inesplorabile per emorragie nel vitreo.

Esame generale e cardio-vascolare: normale.

Esame delle urine: negativo per zucchero e albumina.

Esame del sangue: Wassermann negativa. Glicemia 1,36 per mille; azotemia 0,60 per mille. Pressione arteriosa 90 al Riva Rocci.

OSSERVAZIONE VII. — S. Adele, di anni 71, da Roma. 16 febbraio 1926.

Da vari giorni accusa disturbi visivi, stanchezza generale, sete continua.

Esame oftalmoscopico: in O. D. numerose chiazze bianche, puntiformi, nella regione maculare; O. S. chiazze analoghe nella regione maculare, ma meno numerose.

Esame del sangue: Wassermann negativa; azotemia 0,45 per mille; glicemia gr. 2,62 per mille.

Pressione arteriosa 95 al Riva Rocci.

OSSERVAZIONE VIII. — B. Elisa, di anni 48, da Roma. 24 aprile 1926.

Accusa diminuzione di vista in ambo gli occhi, ma più spiccatamente a sinistra da circa 3 anni.

Visus: O. D. 1/10, peggiora con forame, non migliora con lenti. O. S. 1/10, movimenti della mano ad 1 m.

Esame oftalmoscopico: O. S. retinite proliferante che occupa tutto il fondo all'infuori di una piccola parte del quadrante infero-esterno ove esistono chiazze emorragiche vaste e piccole chiazze di retinite di un colorito giallo-sporco. O. D. neuro-retinite grave con vasta emorragia e numerose chiazze di retinite proliferante.

Campo visivo: O. S. percezione del bianco in una piccola zona del settore esterno ed in un'altra più piccola del settore nasale. O. D. forte restringimento periferico, scotoma centrale relativo per il rosso e per il bleu, assoluto per il verde.

Esame delle urine: albumina assente; zucchero traccie.

Esame del sangue: Wassermann negativa. Azotemia 0,50 per mille. Glicemia 1,40 per mille.

Pressione arteriosa 100 al Riva Rocci.

RETINITE CON IPERGLICEMIA ED IPERTENSIONE.

OSSERVAZIONE IX. — P. Francesco, da Viterbo. 15 marzo 1925.

Da vari anni emorragie recidivanti ogni tanti mesi. Stato generale ottimo.

Esame oculare: afachia chirurgica, miopia elevata in ambo gli occhi.

Esame oftalmoscopico: O. S. fondo miopico con emorragie retiniche paramaculari recenti a piccole chiazze. O. D. corio-retinite miopica paracentrale, poche chiazzette emorragiche paramaculari.

Esame delle urine: albumina e glucosio assenti.

Esame del sangue: Wassermann negativa; formola leucocitaria normale; urea 16,10 per mille; glicemia 1,20 per mille.

Pressione arteriosa 200 al Pachon, m. 100.

OSSERVAZIONE X. — S. Alessandro, da Roma. 3 settembre 1925.

Visus: 1/10 bilateralmente. Da qualche anno abbassamento di visus bilateralmente progressivo con emorragie retiniche recidivanti. Accusa continua stanchezza e irritabilità di carattere.

Esame oftalmoscopico: O. D. esiti di emorragie retiniche maculari e piccole chiazze di retinite bianco-sporco peripapillari. O. S. piccole chiazze di emorragia retinica perimaculare.

Esame delle urine: negativo.

Esame dell'apparato cardio-vascolare: cuore normale, pressione arteriosa al Pachon M. 250. m. 100.

Esame del sangue: Wassermann negativa; glicemia 1,67 per mille; azotemia 0,54 per mille.

14 ottobre 1925: Peggiorata nello stato generale. Nuove emorragie retiniche. Glicemia 1,42 per mille a digiuno; 2,14 per mille dopo il pasto.

Le lesioni retiniche del diabete dobbiamo considerarle, in base ai pochi reperti anatomici che si conoscono ed in base alla sintomatologia clinica, di natura essudativa. Conformemente a quanto dicono Beauvieux e Pesne, si tratta di una retinite essudativa, i cui essudati provengono dal torrente circolatorio e non già da una trasformazione e da una distruzione degli elementi retinici, come crede Giensberg. Modificazioni profonde dei diversi strati retinici si hanno solo in seguito ad una evoluzione prolungata della malattia.

Che le alterazioni anatomiche della retinite diabetica siano analoghe a quelle della retinite nefritica, che disturbi a carico della funzionalità renale siano stati trovati spesso nei diabetici con retinite, non sono ragioni sufficienti per ammettere che le lesioni retiniche debbano dipendere

dalla nefrite anzichè dal diabete. Già un dato anatomico, cioè la mancanza di edema retinico nella retinite diabetica, fa pensare da per sè stesso che nei diabetici la retinite non debba essere conseguenza della nefrite concomitante, poichè noi sappiamo che appunto nella retinite nefritica l'edema è un fatto quasi costante. Ed inoltre, i casi da me riportati, in cui si nota retinite in diabetici senza alterazioni renali, aggiunti ai casi di Onfray, stanno a dimostrare chiaramente tale fatto. Ad appoggiare ciò starebbero anche le ricerche sperimentali dell'Orlandini, il quale ha ottenuto alterazioni retiniche simili e quelle diabetiche, tanto nelle rane immerse in soluzione di glucosio, quanto in animali resi glicosurici mediante avvelenamento con florizina o mediante l'estirpazione del pancreas; con la sola differenza che, mentre nelle rane il disturbo si faceva risentire prima sui vasi e poi sugli elementi nervosi, negli animali avvelenati da florizina o privati d pancreas si faceva risentire prima sugli elementi nervosi e poi sui vasi.

Si potrebbe ammettere, tutto al più, che una concomitante alterazione della funzionalità renale possa favorire la formazione della retinite, ma anche tale ipotesi avrebbe bisogno di una dimostrazione, giacchè alterazioni della funzionalità renale si associano spesso al diabete anche se non vi siano alterazioni della retina. Sarebbe perciò necessaria, prima di ammettere una tale ipotesi, una statistica dalla quale si potesse rilevare se effettivamente i disturbi della funzionalità renale siano più frequenti in quei casi di diabete in cui si hanno alterazioni della retina.

Per quanto riguarda la ipertensione arteriosa, certamente deve ritenersi come un fattore che può favorire la formazione della retinite diabetica e che può avere specialmente importanza sulla produzione delle chiazze emorragiche; bisogna però ritenere che essa non è un fattore indispensabile, giacchè si può avere l'esistenza di retinite diabetica senza che si abbia a riscontrare alcun segno di ipertensione arteriosa. A riprova di ciò sta anche il fatto che in individui arterio-sclerotici con forte ipertensione periferica rarissimamente si riscontra una retinite che ha gli stessi caratteri clinici della retinite diabetica.

I disturbi nutritivi, talvolta di grande importanza, che si trovano associati, nei diabetici, al disturbo dell'utilizzazione del glucosio, potrebbero forse avere una certa influenza sulla produzione della retinite nei diabetici, ma per il fatto che essa si presenta spesso in individui poco o affatto denutriti, come io ho sempre trovato e come ha fatto notare anche l'Onfray, debbo ritenere che la retinite diabetica sia dovuta principalmente al difetto dell'utilizzazione del glucosio. Se poi essa dipenda dalla insufficienza glicolitica stessa o piuttosto dalla iperglicemia che ne risulta, la quale è causa della polidipsia, della poliuria, della polifagia, del dimagramento e di quella particolare fragilità dell'organismo alle infezioni, noi non possiamo dire con certezza.

Dalle esperienze dell'Orlandini, sebbene non è lecito trasportare senz'altro nella patologia umana i risultati ottenuti sperimentalmente sugli animali, si rileverebbe che tanto l'una causa che l'altra possano isolatamente produrre alterazioni retiniche. Penso che verosimilmente ambedue le cause possano sommarsi ed agire insieme per produrre quelle alterazioni che sono caratteristiche nella retinite diabetica.

Per quanto abbia ricercato nella letteratura medica, non ho trovato che siano state descritte, sino ad oggi, delle lesioni retiniche ipoglicemiche. Io le ho riscontrate, solo incidentalmente, in quanto che, avendo trovato delle lesioni a tipo diabetico e praticando la ricerca del glucosio nel sangue, ho trovato anzichè una iperglicemia, come mi aspettavo, una ipoglicemia. Nel primo caso avevo creduto, in un primo tempo, si potesse trattare di un errore di tecnica nella ricerca del glucosio; ma, fatto ripetere gli esami della glicemia dal prof. Silvestri, il risultato da me trovato venne confermato. La ipernutrizione a base di zucchero diede un immediato e sensibile miglioramento, confermando così trattarsi di una sindrome ipoglicemica.

Dalla nostra casistica, suddivisa volutamente in gruppi, secondo la diagnosi fatta in seguito ai risultati dell'esame clinico e delle prove di laboratorio, noi troviamo che può esistere nella patologia umana:

1) Retinite a tipo diabetico in ipoglicemia semplice, senza lesioni della funzionalità renale e senza ipertensione del circolo arterioso periferico (Osservazione I-II). In questi casi si è avuta la scomparsa dei disturbi ipoglicemici ed in un caso anche delle emorragie retiniche, in seguito alla ipernutrizione a base di zucchero.

2) Retinite a tipo diabetico in ipoglicemia associata ad alterazioni della funzionalità renale e ad ipertensione arteriosa periferica (Osservazioni III-IV).

3) Retinite a tipo diabetico in iperglicemia semplice, senza alterazioni della funzionalità renale e senza ipertensione del circolo arterioso periferico (Osservazioni V-VI-VII-VIII).

4) Retinite a tipo diabetico in iperglicemia associata ad ipertensione del circolo arterioso pe-

riferico e senza alterazioni della funzionalità renale (Osservazioni IX-X).

Può quindi realmente esistere una sindrome di retinite ipoglicemica, che si presenta del tutto simile alla retinite diabetica Siccome ho trovato la retinite in forme tanto di ipo- che di iperglicemia, non accompagnate da lesioni renali o da ipertensione arteriosa, e dato che con un eccesso o un deficit di zucchero nel sangue può aversi una analoga sindrome, noi possiamo ritenere che le lesioni retiniche siano in diretto rapporto del contenuto glicemico e per ciò credo che si possa con ragione parlare di retinite diabetica e di retinite ipoglicemica.

Io chiamerei anzi col nome di « retinite glicemica » tutte le forme di retinite che si hanno sia con ipoglicemia che con iperglicemia, giacchè noi abbiamo riscontrato una retinite caratteristica della forma diabetica in rapporto alla sola iperglicemia, così pure la stessa forma di retinite in rapporto alla sola ipoglicemia.

In alcuni casi vi era ipoglicemia associata a lesioni renali ed ipertensione, ed in altri casi una iperglicemia associata a sola ipertensione arteriosa periferica. In questi casi, nei quali non si ha soltanto una lesione glicemica, noi possiamo attribuire tanto alla ipertensione quanto ai disturbi della funzionalità renale il valore soltanto di causa occasionale.

Importante è inoltre notare che può esistere una « sindrome ipoglicemica lieve con retinite » giacchè, le forme di retinite da noi notate, sono tutte da ascriversi alla ipoglicemia con scarsa sintomatologia generale, nonostante sia stato riscontrato un tasso glicemico molto basso, inferiore a quello che suole dare il coma nei casi di ipoglicemia insulinica (0,40 per mille).

BIBLIOGRAFIA.

1. BEAUVIEUX et PESNE. *La retinite diabetique.* Arch. d'Opht., 1923.
2. CAMMIDGE. *Hipoglycaemia.* The Lancet, p. 1277, dec. 1924.
3. ONFRAY. *Recherches sur les rétinites diabétiques.* Ann. d'Ocul., 1918.
4. ONFRAY. *Le pronostic vital et le pronostic visuel des rétinites des diabétiques.* Ann. d'Ocul., t. 159, p. 599, 1922.
5. ORLANDINI. *Alterazioni della retina nella glicosuria sperimentale.* Ann. di Ott., 1902.
6. PEMBERTON. *Hipoglycaemia: with notes on two cases.* British Medical Journal, vol. I, p. 1005, 1925.
7. PENDE. *Endocrinologia.* Edit. Vallardi, 1924.
8. PRIESEL et WAGNER. *Ueber Hipoglikaemie.* Klin. Wochenschrift N. 22, p. 1055, vol. I, 1925.
9. RONDONI *Biochimica.* Soc. Ed. Torinese, 1924.

DALLA PRATICA CORRENTE.

Il problema dell'anestesia nella pratica privata

per il dott. FILIPPO REPACI, medico condotto.

La scelta dell'anestesia nella pratica privata e specialmente in condotta rappresenta uno degli scogli contro cui spesso urta la buona volontà del chirurgo pratico a cui in genere con frequenza capitano i casi di chirurgia di urgenza, di quella chirurgia cioè che non ammette dilazioni e tentennamenti e chiunque deve fare quando si è lontani dai centri ospitalieri.

La tendenza generale di escludere o limitare l'uso dei due anestetici sovrani: cloroformio ed etere è pienamente giustificata dai loro inconvenienti che in minima parte sempre accadono anche nelle narcosi ben condotte, però non possiamo negare che spesso i poco lodati anestetici pigliano la rivincita sui loro critici. Ora è l'anestesia locale che ad un certo punto diventa insufficiente e strappa delle grida e fa agitare troppo chi subisce l'atto operativo, ora è la spinale con i suoi ostacoli e la sua scarsa durata che richieggono di essere completate con la piccola stordita con l'etere o con le poche gocce di cloroformio che possono in fondo produrre sempre inconvenienti spiacevoli. Nelle cliniche, negli ospedali tutto può andare bene, essendo sempre a portata di mano il provetto narcotizzatore che conosce alla perfezione le varie fasi dell'anestesia generale per inalazione e sa spingere e mantenere la cloro ed eteronarcosi al punto da non avvicinarsi troppo alla sincope mortale e sa ovviare ad ogni incidente, per cui il pericolo immediato è molto relativo, ma nella pratica privata di campagna e dei piccoli villaggi, il chirurgo non può e non deve affidare leggermente quella narcosi che anche in mani provette ha prodotto delle catastrofi attribuite spesso alla preesistenza di abito adenoideo e stato timico caratterizzati da iperplasia del tessuto linfatico, ipertrofia della tiroide, della milza e sopratutto persistenza del timo (Caminiti). Basta accennare fugacemente alle complicanze cui può dar luogo la cloronarcosi per ricorrervi eccezionalmente nella pratica privata, mentre per altro è anche tendenza generale di allontanarla per quanto è possibile o di limitarne l'uso nelle cliniche. È troppo noto che, oltre ai pericoli immediati che dai semplici disturbi dela respirazione (mucosità, caduta indietro della lingua) possono arrivare alla paralisi respiratoria ed alla sincope cardiaca per riflesso iniziale trigemino-bulbo-vago o per azione tossica sul centro bulbare, la cloro ed eteronarcosi possono apportare quelle compli

cazioni postume che, come il vomito, compromettono l'esito delle suture addominali o producono gravi malattie e la morte per alterazioni degli organi interni e specialmente del parenchima renale.

Senza inoltrarci in critiche ulteriori e soprattutto per non ripetere ciò che ognuno può leggere in tutti i trattati di medicina operatoria, diciamo che le anestesie eterea e cloroformica non possono essere alla portata di ogni pratico per le seguenti ragioni:

1) bisogno assoluto di un anestetizzatore molto provetto e con lunga pratica di anestesie, difficilissimo a trovarsi e tanto meno ad improvvisarsi;

2) pericoli reali immediati e consecutivi che possono compromettere la vita del paziente (un'ora di narcosi equivale alla perdita di un litro di sangue);

3) preoccupazione continua del chirurgo, che non potendo essere sicuro dell'andamento dell'anestesia, distrae la propria attenzione dall'atto operatorio;

4) pericolo di insorgenza del vomito postanestesico con le sue conseguenze;

5) necessità di sorveglianza assidua e continua nelle ore e nei giorni che seguono all'atto operativo sia per ovviare al dolore postoperatorio e sia per curare le possibili e frequenti complicanze renali, cardiache e polmonari.

L'anestesia ideale in pratica dovrebbe dunque avere i seguenti requisiti: presentare il minimo pericolo per la vita dell'operando, essere di esecuzione semplice alla portata di ogni medico, non presentare dei momenti drammatici all'inizio o durante l'atto operatorio come avviene nel periodo di eccitazione, sopprimere del tutto il dolore non solo durante l'operazione, ma dopo di essa, immobilizzare completamente l'operando producendo il rilasciamento muscolare completo, evitare il pericoloso vomito postoperatorio.

Il prof. Giordano scriveva nel suo Trattato di Medicina operatoria « finchè non ci arriverà dai laboratori un narcotico dotato della proprietà ideale di sospendere la sensibilità senza nuocere alle altre funzioni, approfittiamo di quelli che possediamo pesandone, come di ogni rimedio, gli utili e i pericoli e deducendone da un esame coscienzioso la indicazione della loro applicazione a ciascun caso, secondo i meriti di esso ».

Tenendo presente tale monito tre sono a mio modo di vedere le anestesie che possono essere poste in discussione per la pratica corrente e cioè:

l'anestesia spinale;

L'anestesia locale;

l'anestesia generale mista H. M. C.; Abbot e pochissime gocce di cloroformio.

Anestesia spinale. — Questo genere di anestesia per la sua tecnica facile ben regolata e precisa può dirsi alla portata di ognuno.

L'atto operatorio è semplice, i punti di repere ben determinati e riconoscibili e basta attenersi ad essi per penetrare sicuramente nello speco vertebrale senza pericolo di ferire il midollo che non va oltre il livello della 1ª vertebra lombare; la sensazione speciale che dà l'ago quando si affonda nel sacco subaracnoideo si acquista dopo una breve pratica.

Non estraendo una quantità di liquor superiore ai 2 o 3 cmc., si evita la comparsa di cefalea, debolezza generale dovute alla abbondante sottrazione di esso. Eliminata la cocaina e sostituita con la novocaina, non si verificano ormai le frequenti complicanze temute e pericolose che avevano fatto abbandonare il metodo di Bier cioè eccitamento, affanno, frequenza di polso, vomito, cefalea, ottusità del sensorio.

Con tutto ciò l'anestesia spinale non è scevra di inconvenienti. In qualche caso non si riesce a penetrare nello speco vertebrale per deformazioni della colonna vertebrale, frequenti nei nostri contadini specialmente avanzati in età, in cui la posizione curva sulla vanga che tengono per ore intiere durante il lavoro faticoso dei campi, apporta deformazioni nelle vertebre dorso-lombari che in un grado avanzato arrivano alla così detta Duplicatura campestre di Marie. Altro incidente non troppo frequente è lo scolo di sangue dall'ago che non si limita a poche goccie ma defluisce abbondantemente misto a liquido cefalo rachidiano. Personalmente ne ho osservato due casi.

In uno si trattava di individuo oltre il 65° anno di età, arteriosclerotico con frattura della rotula; l'altro di 54 anni affetto da ernia inguinale.

In ambedue i casi il sangue veniva fuori dall'ago con una certa pressione ed insistenza dando luogo alla formazione di piccoli coaguli ed era misto a liquido cefalo rachidiano. In tali casi ho ritirato l'ago senza insistere sull'anestesia spinale con la puntura in altro spazio e, mentre mi aspettavo qualche inconveniente da parte del midollo o dei nervi della cauda equina, non ebbi a notare alcun disturbo immediato o consecutivo. Oltre a questi incidenti diciamo così trascurabili, la rachianestesia ha prodotto dei casi di morte per accidenti bulbari con sincope respiratoria e collasso, che vennero qualche volta felicemente superati con le iniezioni intracardiache di adrenalina.

Il Braun al 45° Congresso della Società di Chirurgia Tedesca ha dato una mortalità di 1:500 per l'anestesia in parola.

Inoltre essa si limita alla metà inferiore del corpo se non vogliamo estenderla aumentando la dose dell'anestetico e sollevando la regione lombare o addirittura facendo uso della posizione di Trendelemburg, metodi sconsigliabili perchè l'anestetico può raggiungere rapidamente i centri bulbari.

Sono frequenti con essa i fenomeni immediati di shock con pallore, sudore freddo e vomito; si verifica spesso la perdita delle feci e incontinenza di urina durante l'operazione e dopo può insorgere febbre alta e ritenzione di urine. Nè sono da trascurarsi gli incidenti tardivi: paresi, paralisi, cefalea, e rachialgia di lunga durata. In complesso adunque sia per la sua limitata zona di azione, sia per gli inconvenienti che può produrre, la rachianestesia ha un valore molto limitato nella pratica corrente mentre può essere sostituita con altri metodi meno pericolosi, più semplici e più sicuri. Se poi aggiungiamo la sua incostanza di azione e durata per cui dobbiamo tenere sempre pronto altro genere di anestesia, la impossibilità di adoperarla nelle persone impressionabili e nervose ed il dolore postoperatorio che non evita, dobbiamo concludere che il suo uso pratico se non del tutto abolito, deve essere molto limitato.

Anestesia locale. — Secondo lo Schiassi, essendo l'atto operatorio « un avvenimento locale », l'anestesia dovrebbe esplicare la sua azione solo sul territorio anatomico interessato dall'intervento. Ormai non si contano più le operazioni praticate con l'anestesia locale.

Basta leggere l'interessante lavoro del Bergamini nel *Policlinico*, Sez. Chirurgica, per convincersi dell'alto valore della anestesia locale, con cui si sono eseguiti interventi difficili e lunghi però in pratica non possiamo dire che essa sia facile e priva di ogni inconveniente. Anzitutto la tecnica, per quanto possa sembrare facile di primo acchito, non è sempre così; il decorso dell'ago attraverso i diversi piani anatomici, anche guidato da mano provetta che senta le diverse resistenze di essi, è sempre cieco mentre in chirurgia devesi sempre vedere ciò che si fa.

Anche con la conoscenza precisa dell'anatomia topografica non si riesce talvolta ad evitare la possibilità della penetrazione dell'ago in qualche vaso con l'immissione in circolo della sostanza anestesica. L'anestesia locale non è per nulla adoperabile negli individui sprovvisti di una buona dose di coraggio, che li permetta di assistere impavidi alle incisioni che si praticano sui loro tegumenti ed alla esposizione dei loro organi interni anche quando questi siano sforniti di sensibilità.

Per certuni la sola vista del sangue e l'idea di trovarsi sotto il ferro chirurgico bastano a provocare delle pericolose lipotimie, quindi, se resta convenuto che l'atto operatorio è un avvenimento locale, non possiamo fare del tutto astrazione dall'individuo che lo subisce. Inoltre il chirurgo, non potendo ottenere sin dal principio dell'operazione l'anestesia superficiale e profonda, deve necessariamente interrompere il suo lavoro per riprendere la siringa piena dell'anestetico ed infiltrare i piani profondi e ciò stanca un poco e distrae dall'atto operativo, mentre lo prolunga. Nè è detto che sempre si riesca anche in mano provetta alla soppressione assoluta del dolore e nella pratica privata qualche grido di dolore conta qualche cosa. La fugacità stessa dell'anestesia locale, che, nonostante l'aggiunta dell'adrenalina, raramente dura sino alle suture cutanee, non ci permette di evitare il dolore postoperatorio per cui si deve ricorrere alla morfina, nel maggior numero dei casi. Nella mia pratica ho limitato tale genere di anestesia ai piccoli interventi e la pratico sempre nelle ernie strozzate operate tardivamente in cui la stercoremia produce un notevole ottundimento della sensibilità.

Anestesia mista H. M. C. e poche gocce di cloroformio. — È questa l'anestesia che mi ha dato in pratica, i migliori risultati, sia per facilità di esecuzione come per assenza di ogni inconveniente.

S'intende che io qui non voglio riferirmi ai casi di urgenza immediata nei quali per quel che riguarda l'anestesia, si fa quel che si può.

Non posso riportare una numerosa statistica personale per la ristretta mia pratica chirurgica di condotta e perchè l'adopero da poco tempo, nè pretendo di ammannire al pubblico una novità essendo l'anestesia in parola adoperata molto in Italia, anzi su di essa si son fatti degli studi in cliniche primarie come in quella del prof. Miranda dal prof. Poso, nella clinica del prof Carle da Giordano e Stropeni, dal Barbara nella clinica del prof. Tricomi come rilevasi da una interessante monografia sull'argomento scritta dal prof. Laccetti. Debbo notare però che di tale anestesia non trovo fatto cenno in nessun trattato di medicina operatoria compreso quello recente di Durante e Leotta dove in maniera esauriente è trattato l'argomento delle anestesie e neanche la letteratura medica di questi ultimi anni, mentre quotidianamente si dibatte il problema di nuovi anestetici, è ricca di osservazioni favorevoli o contrari al metodo Abbott sicchè può dirsi che esso visse o continua a vivere senza infamia e senza lode.

Esso è essenzialmente un metodo misto di anestesia generale. Con le narcosi miste si ottiene

la riduzione della dose dell'anestetico principale, evitando così gli effetti nocivi dell'eccessivo accumulo di esso nel sangue, che possono produrre la paralisi dei centri bulbari del cuore e del respiro. Inoltre per evitare la sincope iniziale si cercò di non fare risentire al cuore le eccitazioni del suo nervo inibitore, paralizzando con l'atropina ed altri alcaloidi ad azione identica, le terminazioni intracardiache del vago mentre le fibre simpatiche acceleratrici non ne risentono effetto alcuno.

Così abbiamo la morfio-narcosi metodo comunemente usato e la morfio-atropo narcosi, metodo ormai abbandonato per lo stato sincopale postnarcotico che può determinare (Durante e Leotta).

La scopolamina e la ioscina, alcaloidi della stessa natura dell'atropina, per la loro azione narcotica sul cervello sono adoperati ordinariamente in associazione alla morfina, per cui si ottiene un'azione antagonista rispetto alla tossicità ed una sinergetica rispetto all'effetto anestetico-ipnotico.

La morfio scopolo narcosi venne adoperata da sola quanto unita al cloroformio con notevoli risultati, però ad essa vennero attribuiti parecchi casi di morte tanto da farla abbandonare. Tale metodo di narcosi non è da raccomandarsi in pratica per l'alta potenza venefica del farmaco e difficoltà di precisarne le dosi (Caminiti).

Essenzialmente diversa è la narcosi ioscino morfina per la sua azione costante e perchè esente da quei pericoli che fecero abbandonare il metodo Schneiderlin.

L'anestetico H. M. C. Abbott è in compresse composte di ioscina, morfina e cactoid. I singoli componenti sono adoperati in dosi minime tanto che si richiedono 15 compresse per uccidere un cane di 8 kgr. di peso. Il cactoid glucoside del cactus ha notevole azione cardiocinetica. La tecnica è semplicissima. Si sciolgono 2 compresse in 2 cmc. di acqua distillata sterile e si praticano due iniezioni sottocutanee alla distanza di un'ora l'una dall'altra, adoperando metà della soluzione per volta. L'andamento dell'anestesia è il seguente: l'azione soporifera comincia dopo mezz'ora e diventa notevole dopo un'ora dall'iniezione. È necessario isolare in una stanza semibuia l'operando senza distrarlo. In seguito il sonno diventa man mano più profondo però il paziente chiamato risponde sempre. Se si inietta l'altra dose l'effetto narcotico si accentua però non si ha mai la perdita totale della coscienza. Si hanno fenomeni di vaso dilatazione al volto e leggiera midriasi, il polso è un po' frequente però valido e pieno, i riflessi congiuntivale e faringeo non sono aboliti, il tono muscolare non si perde. Alcuni individui anche semisvegli presentano già l'analgesia sin dal'a 2ª iniezione, invece altri richieggono l'iniezione di una 3ª compressa perchè cadano in sonno profondo che ripeto con due compresse non ho mai ottenuto.

Se dopo mezz'ora dalla seconda iniezione inaliamo poche goccie di cloroformio si ottiene subito l'effetto ipnotico con rilasciamento muscolare completo e perdita dei riflessi. In genere sono sufficienti da due ad otto cmc. di cloroformio.

Gli atti operativi da me eseguiti con tale anestesia ammontano a circa 40 e furono i seguenti:

Cranio: Craniectomia per ascesso cerebrale.

Torace: N. 4 resezioni costali per empiema; n. 2 resezioni costali per fistola toracica; 3 amputazioni di mammella con svuotamento del cavo ascellare; una ferita d'arma da fuoco alla regione ascellare.

Addome: Una laparatomia per ferita d'arma da fuoco; 2 laparatomie per ferita di arma da punta e taglio; 2 ernie ombelicali strozzate; 4 ernie crurali strozzate di cui due con resezione intestinale; 5 ernie inguinali strozzate con una resezione intestinale; 6 operazioni radicali alla Bassini di ernia inguinale; 1 laparatomia esplorativa per tumore epatico; 1 appendicite con incisione alla Roux; 1 appendicectomia alla Falagnier;

Arti: 1 amputazione di avambraccio al 3° superiore; 2 sequestrectomie femorali; 2 sequestrectomie tibiali.

Organi genitali: 2 varicoceli col metodo Durante; 1 ematocele

L'età degli individui operati fu dai 16 a 78 anni (3 casi), la quantità di cloroformio oscillò da 2 ad 8 cmc. ed in nessun caso ho avuto da lamentare qualche inconveniente.

Dopo l'atto operativo, appena cessata la somministrazione del cloroformio tutti gli operati si svegliavano, rispondevano alle domande, restando solo per qualche ora in istato di semicoscienza mentre l'azione analgesica durò sempre oltre le sei ore. In nessun caso si ebbe il vomito anzi moltissimi operati dopo alcune ore furono in grado di mangiare con buon appetito senza provare alcun disturbo gastrico.

Credo che il metodo Abbott non sia molto diffuso nella pratica corrente per l'unico inconveniente di dovere attendere da una a due ore prima di iniziare l'atto operativo. Ma nella pratica di condotta si può impiegare di meno per preparare una qualsiasi stanza operatoria e sterilizzare il materiale?

In complesso l'anestesia in parola presenta i seguenti vantaggi:

1) è di esecuzione facile e non richiede abilità speciale per la somministrazione delle poche gocce di cloroformio necessarie per completarla e

che non possono produrre alcuno inconveniente, basta solo quella piccola sorveglianza che certo mai deve mancare in qualsiasi anestesia;

2) può essere adoperata in individui di ogni età, negli stati di debolezza e negli individui a temperamento isterico e neurastenico predisposti alla sincope iniziale, oltre che nei cardiopazienti per l'azione eminentemente cardiotonica dei singoli componenti;

3) il vomito è totalmente eliminato durante e dopo l'anestesia;

4) è eliminato con essa il pericolo della paralisi respiratoria e della sincope cardiaca iniziale per l'azione sul vago e tardiva per la quantità trascurabile di cloroformio che viene consumato;

5) il dolore postoperatorio viene evitato per il lungo periodo di analgesia consecutivo.

*
* *

Concludendo, le due anestesie a mio parere alla portata di ogni pratico sono: quella locale con novo o tutocaina e la generale con metodo misto H. M. C. e cloroformio, che permettono in tutti i casi di sopprimere il dolore, certo non ultima condizione della buona riuscita dell'atto operatorio. Senza negare che con la prima si possono eseguire anche interventi di alta chirurgia, pure dobbiamo confessare che per ottenere una perfetta anestesia si richiede pratica ed abilità non comune, mentre essa è certo più difficile ad eseguirsi della seconda. In realtà poi, senza istituire altri paragoni, le due anestesie in pratica possono avere indicazioni diverse e costituiscono il necessario corredo di ogni chirurgo pratico perchè prive ambedue di quei pericoli ed inconvenienti che solo un buon narcotizzatore con oculatezza e continua sorveglianza può evitare nelle cliniche ed ospedali quando vengano adoperate la cloro ed eteronarcosi.

Sinopoli.

BIBLIOGRAFIA.

MANOD e VANVERTS. *Tecnica operatoria.*
D. GIORDANO. *Chirurgia operatoria italiana e manuale di medicina operatoria.*
DURANTE e LEOTTA. *Trattato di medicina operatoria.*
LEJARS. *Chirurgia di urgenza.*
L. DOMINICI. *Piccola chirurgia e chirurgia di urgenza.*
Policlinico. Sezione chirurg., fasc. III, anno 1925; Sez. Pratica, anno 1921, n. 10; anno 1922, nn. 9, 27, 35, 39; anno 1923, nn. 4, 8, 24; anno 1924, nn. 17, 41; anno 1925, nn. 1, 50; anno 1926, n. 9.
LACCETTI. *Anest. generale mediante H. M. C. Abbott.*
CAMINITI. *Anestesia generale con iniezioni di scopolamina.*
ID. *Stato timico e cloronarcosi.*

APPARECCHI E STRUMENTI NUOVI.

ISTITUTO MEDICO LEGALE PER L'AERONAUTICA
DI MONTECELIO (ROMA)
diretto dal Ten. Col. Prof. ALBERTO SANTAMARIA.

Compasso esploratore del dermografismo

per il ten. PARODI dott. FELICE
incaricato del reparto di psicofisiologia.

Questo riflesso vaso motorio, facile a provocarsi, non è peraltro molto conosciuto nel suo intimo significato e neppure troppo nota ne è la sua natura. Noi partendo dal concetto che l'innervazione dei capillari cutanei stia in rapporto con una distribuzione metamerica del simpatico e che l'eccitabilità vaso-motoria possa variare in ogni singolo territorio cutaneo in conseguenza del variare della sensibilità agli stimoli, del sistema nervoso simpatico in quel dato territorio, abbiamo voluto realizzare un mezzo semplice di esplorazione il quale ci permettesse di portare degli stimoli meccanici di ugual durata e di ugual intensità contemporaneamente su due regioni cutanee omologhe od eterologhe.

Uguagliando per tal modo la quantità dello stimolo riesce più agevole il controllo e più sicuro il paragone della intensità delle reazioni dermografiche particolarmente nei riguardi del dermografismo riflesso e, attraverso ad esse, riesce possibile lo studio del tono dinamico o di ecci-

tazione del simpatico nella regione esplorata. In questa direzione si stanno facendo ricerche nel nostro Istituto.

L'apparecchio l'abbiamo denominato « compasso dermografico »; esso in realtà risulta di due aste metalliche disposte ad angolo come le branche di un compasso che si possono divaricare a volontà con un angolo di apertura variabile da 0 a 45 gradi. Alle estremità libere sono innestate due piccole palline ovalari che portano una godronatura identica a righe trasversali, con le quali viene operato il contatto sulla cute da esplorare. La pressione esercitata da queste palline è identica su tutti i punti trovandosi esse alla stessa distanza e sulla stessa linea del punto di applicazione della forza, rappresentata dalla mano dell'operatore che tiene leggermente l'impugnatura del compasso, impugnatura inserita al punto di unione delle sue due branche. Volendo, sarebbe anche possibile, ma forse praticamente inutile, misurare la pressione esercitata.

L'unica condizione da osservarsi è che le regioni che si vogliono esplorare, siano esse omologhe o eterologhe, si trovino su di uno stesso piano.

Crediamo sia molto interessante lo studio del dermografismo fatto contemporaneamente su diverse regioni, con uguaglianza e contemporaneità di stimoli, esso infatti ci rivela i rapporti che esistono tra reazione vaso-motoria, diretta o riflessa e stimolo, rapporti che non sono sempre di natura puramente meccanica nè sono sempre proporzionali alla intensità della eccitazione, come noi stiamo osservando.

Data la semplicità dello strumento e l'utilità che esso può avere in clinica abbiamo creduto opportuno di presentarlo.

COMMENTI.

Il trattamento chirurgico della tubercolosi polmonare secondo il metodo di Leotta.

Nell'ultimo Congresso di Chirurgia, tenutosi a Padova l'ottobre scorso, la parte chirurgica del tema di Relazione in comune con la Società di Medicina, *Sulla cura della tubercolosi polmonare*, fu svolta dal prof. Nicola Leotta. Il successo ottenuto dal Relatore non fu dovuto soltanto alla chiara esposizione dell'argomento e alla sintesi elegante, concisa delle cognizioni acquisite, ma anche e sopratutto alla parte originale contenutavi. Il prof. Leotta difatti, ha dettato un metodo suo che racchiude e corrisponde ai postulati di un sistema logico: è in un gran numero di casi adottabile, ed è quindi destinato ad entrare nella pratica comune. Partendo dal principio che è la collassoterapia cui debbono tendere gli sforzi del medico e del chirurgo, nella cura della tubercolosi polmonare, il Leotta ha ideato, proposto ed eseguito il suo metodo della *Sezione delle aderenze a cielo aperto* basandosi sui due seguenti principi: 1) che la temuta recettività pleurica alle infezioni è assai minore di quanto si riteneva; 2) che i risultati nefasti ottenuti con i tentativi di sezione diretta delle aderenze, attraverso il controllo radioscopico o attraverso piccole breccie si dovevano al fatto di non avere un controllo sufficiente. L'intervento proposto dall'O. si esegue schematicamente così: 1) incisione intercostale estesa a tutto lo spazio; 2) divaricamento delle costole mediante un ampio divaricatore; 3) *sezione* di tutte le aderenze parietali, apicali, diaframmatiche, mediastiniche con *le forbici tra due legature al catgut o con il termocauterio* (e non *manualmente* come fu stampato nel resoconto del Congresso, per un malaugurato refuso); 4) liberato il polmone (tempo che si completa in pochi minuti, rimozione del divaricatore; 5) chiusura con accuratezza della breccia toracica con tre punti di sutura pericostale e con due altri piani delle parti molli. La narcosi preferita dall'O. è la cloroformica.

Dopo qualche giorno si ripiglia il rifornimento del pneumotorace come di ordinario.

Il metodo se offre una percentuale discreta di pleuriti che del resto sono una complicazione propria del pneumotorace, offre l'enorme vantaggio di evitare l'embolia aerea, l'emorragia e permette di realizzare la sezione di qualsiasi aderenza. In quanto agli esiti l'esperienza dirà dei risultati lontani. Di quelli recenti si può affermare in base a dati di fatto, che sono ottimi nel 62,50 % dei casi.

Non è chi non veda la bontà del metodo il quale rappresenta adunque una nuova conquista nella lotta del terribile morbo e come esso debba esser messo a fianco del metodo medico, italiano quello come italiano questo. Ciò che non guasta.

E. M.

Appunti in margine al recente Congresso della Sezione Scientifica di Milano per la lotta contro la tubercolosi.

Il prof. Carpi, nella sua bella relazione sul pneumotorace, parlando del suo apparecchio ed accennando al mio « Ergomanometro » è incorso, certo involontariamente, in alcuni errori di valutazione e di apprezzamento che io mi permetto di rettificare.

Per maggior chiarezza distinguerò punto per punto.

Egli ha affermato:

1) che il mio apparecchio rappresenta *tout-court* un perfezionamento nella tecnica manometrica;

2) che il suo apparecchio, sebbene non provvisto « di uno speciale strumentario manometrico », è in grado di fornire « i dati della ampiezza della escursione toracica e della tensione elastica polmonare »;

3) che la tecnica da me proposta è complicata e merita di essere sottoposta ancora a larga esperienza prima di entrare nella pratica.

Al primo punto rispondo che: il mio apparecchio, di pura misurazione, non rappresenta *solamente* un progresso nei dispositivi della tecnica manometrica del pneumotorace, ma come disse Kuss nella presentazione che ebbe a farmi come prolusione alle conferenze dimostrative che io tenni or fa un anno a Parigi, in modo particolare all'Istituto universitario di clinica propedeutica diretto dal prof. Sergent, « rappresenta una innovazione nella concezione e nella applicazione dei principi della fisiologia e della fisiopatologia polmonare »; in questo appunto consiste la reale importanza scientifica del mio ergomanometro, la cui attuazione meccanica è rappresentata dalla banale applicazione degli stessi principi fisici su cui sono fondati i comuni manometri.

Di questo è facile sincerarsi leggendo la mia memoria comparsa nel n. 5 della *Revue de la tuberculose* di quest'anno sugli « studi clinici » recentemente pubblicati dal Ronzoni.

Al secondo punto: che il manometro applicato all'apparecchio Carpi, che è puramente un apparecchio per insufflazione, misura quello che misurano tutti i manometri applicati a non importa quale degli innumerevoli apparecchi da pneumotorace esistenti, con tutti gli errori inerenti al dispositivo a doppia branca, cioè la pressione dinamica e la pressione statica, denominazioni che trovarono, per merito mio, un particolare significato ricco di deduzioni, riguardanti la estensione e il carattere delle lesioni polmonari e lo stato di compressione delle parti lese, nel pneumotorace.

L'apparecchio Carpi non può inoltre misurare la tensione elastica polmonare, con esso non si può quindi giudicare dello stato di compressione e di comprimibilità del parenchima polmonare, giacchè, la capacità di aspirazione spontanea del gas nel cavo pleurico non è per nulla uguale al potere di elasticità di espansione del parenchima polmonare. Carpi col suo apparecchio può, in condizioni forse migliori che con qualunque altro, misurare semplicemente « la capacità relativa » del cavo toracico. Infatti l'aria cessa di penetrare spontaneamente nel cavo pleurico quando è vinta la elasticità di retrazione anatomica, propria del tessuto polmonare, *allo stato di riposo* [Depressione endopleurica (valore manometrico statico), capacità relativa], mentre il polmone cessa di espandersi solo quando la sua resistenza elastica alla espansione (elasticità di trazione) è uguale o superiore alla forza di aspirazione che è capace di esercitare la parete toracica, vale a dire quando il polmone ha raggiunto il massimo della sua densità [elasticità anatomica e di trazione uguali a zero (collasso)] il cui valore è relativo ai vari soggetti. (Capacità assoluta data dall'aria introdotta sotto pressione).

Nel mio apparecchio, e fino ad ora solo con esso, colla sua trasformazione in dinamometro ad aria (manovra 3) io misuro invece la capacità di espansione del parenchima anche dopo che è colmata la depressione endopleurica, anche allorquando esistono aderenze toracopolmonari che obbligano il polmone a seguire passivamente i movimenti della gabbia toracica, aderenze che l'apparecchio svela e distingue da quelle diaframmatico-polmonari, così come svela anche gli spostamenti del mediastino e gli abbassamenti (tono) del diaframma.

Al terzo punto rispondo che: la tecnica da me proposta non è per nulla complicata, riducendosi a 4 manovre che si compiono rapidamente e successivamente, in modo particolare con l'attuale modello, e che riescono di facile interpretazione quando si tenga ben presente il valore del significato di ciascuna di esse. Per l'importanza che l'apparecchio ha per il progresso e la diffu-

sione del metodo Forlanini, mi auguro anch'io che esso venga sottoposto a larga esperienza, essa non potrà che confermare l'esattezza dei fatti che io ho lungamente studiato e meditato prima di pubblicare.

Grato al Carpi di aver fatto cenno al mio ergomanometro, sono convinto che egli vorrà perdonarmi di aver raccolte le frasi della sua relazione come se provenissero dalla sua viva voce e di aver interloquito, così come avrei fatto se gli impegni mi avessero consentito di essere presente al congresso.

Parodi.

QUESTIONI DEL GIORNO.

Vaccinazione jenneriana e malattie nervose.

(Encefalo-mielite e demenza paralitica).

Dott. Azeglio Filippini.

Nella letteratura medica di questi ultimi due anni sono stati pubblicati diversi casi che tendono a dimostrare un certo nesso fra la vaccinazione antivaiuolosa e lo sviluppo di alcune malattie nervose, l'encefalo-mielite e la demenza paralitica.

Della prima hanno riportato qualche caso F. Luksch (1) ed alcuni autori olandesi (2); sui casi verificatisi in Olanda che sono arrivati a 34, hanno poi riferito ampiamente Van Boudwijk Bastiaanse e J. Th. Terburgh (3).

Uno studio completo clinico e specialmente anatomo-patologico è stato fatto da H. M. Turnbull e J. Mc Jntosh (4) su sette casi per i quali essi asseriscono non esservi stato alcun dubbio che la vaccinazione è stato un fatto causale definito, tanto più che in tre casi, le inoculazioni del materiale proveniente dal cervello e dal midollo spinale avrebbero dimostrata la presenza del solo virus vaccinico.

Nel primo caso, di cui l'osservazione risale al 1912, si trattava di una ragazza ammalatasi di encefalo-mielite poco dopo la vaccinazione. Le ricerche istologiche dimostrarono l'esistenza di lesioni nel sistema nervoso centrale ben differenti da quelle della poliomielite, di cui allora vi era nelle vicinanze un'epidemia. Lesioni del tutto analoghe detti autori hanno osservato in una bambina morta con diagnosi di meningite tubercolare, nonchè in altri (un uomo di 21 anni e 4 ragazze dai 7 ai 22 anni).

I caratteri principali di tali lesioni stanno: nel numero e nelle dimensioni delle zone di infiltrazione cellulare perivascolare ed extraavventiziale; nelle zone di rammolIimento con infiltrazione cellulare relativamente scarsa attorno ai vasi nella sostanza bianca; nella grande estensione delle lesioni della sostanza bianca e della grigia e nel fatto che esse hanno la massima frequenza al midollo lombare e sacrale, nonchè al ponte.

Le lesioni differiscono quindi molto da quelle della poliomielite. Per quanto riguarda l'encefalite epidemica, i detti autori osservano che in questa le lesioni sono meno estesamente distribuite e non presentano le zone di rammollimento perivasale nella sostanza bianca che, secondo essi, sarebbero caratteristiche della malattia postvaccinica.

Non è però stato possibile dimostrare istologicamente le connessioni fra la pustola vaccinica e l'encefalo-mielite; ma Turnbull e Mc Jntosh ritengono ugualmente dimostrato il nesso fra la prima e la seconda: 1) per il fatto che in sei casi la morte è sopravvenuta entro 14-18 giorni dall'avvenuta vaccinazione e, solo in un caso, dopo 29 giorni; 2) perchè è trascorso lo stesso periodo di tempo, in tutti i casi, dalla vaccinazione allo sviluppo di diversi fenomeni, quali la perdita di coscienza, le modificazioni delle pupille, la rigidità e la paralisi degli arti e della vescica.

Su tre casi di encefalite da vaccino riferisce J. Comby (1). Il più recente riguarda una bambina di 18 mesi in cui, al 12° giorno dalla vaccinazione (si era sviluppata un'enorme pustola con infiltrazione quasi flemmonosa) si ebbe forte febbre (40°), rigidità degli arti superiori, strabismo interno destro, sonnolenza, palpebre abbassate, non vomito nè segno di Kernig. Liquor chiaro non iperteso, con 4 linfociti per mmc., 0.20 di albumina e 0.50 di glucosio, sterile; Wassermann negativa. A distanza di 12-15 giorni dall'inizio dei fenomeni, defervescenza; i sintomi sono poi andati attenuandosi ed un paio di mesi dopo erano scomparsi, salvo un certo grado di eccitazione cerebrale.

Fatti analoghi sono stati osservati dallo stesso Comby in due altri bambini, in uno dei quali rimase come sequela la sclerosi cerebrale terminata con disturbi motori ed idiozia.

Anche D. W. Winnicott e N. Gibbs (2) hanno osservato un caso di encefalite iniziatosi al

(1) *Med. Klinik*, 1924, p. 1170.
(2) Van Boudwijk Bastiaanse. *Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1925, p. 1194 e J. R. Prakken, *Ibidem*, p. 2016.
(3) *Bull. Académie de médecine de Paris*, 21 luglio 1925).
(4) *British Journ. of. experim. Pathology* e *The Lancet*, 4 settembre 1926; editoriale.

(1) *Soc. méd. des hôpitaux*, 8 ottobre 1926.
(2) *British Journ. of Children's Diseases*, aprile-giugno 1926.

6° giorno dalla vaccinazione, con paralisi facciale destra, ptosi sinistra e strabismo interno sinistro e passato poi a guarigione. Questi autori riuniscono i casi a loro noti della letteratura, che sarebbero 45 ed osservano che, in generale, l'encefalite si manifesta da 4 a 15 giorni dopo la vaccinazione e dà una mortalità elevata (46.6 %). Altri 7 casi sono citati da I. Kollar (1) che riporta anche un'osservazione propria.

*
* *

Ma di altre malefatte è incolpata la vaccinazione. Salomon (2) ammette un rapporto eziologico fra essa e lo sviluppo della demenza paralitica; egli ritiene che l'allergia dell'organismo e specialmente della pelle che si ha in seguito alla vaccinazione può avere grande importanza per la diffusione nell'organismo della *spirocheta pallida*, in quanto che rende più difficile la localizzazione di questa nella cute e facilita invece lo sviluppo di affezioni sifilitiche nel sistema nervoso.

Ad analoghe conclusioni è arrivato Daraszkiewicz. La sifilide, egli asserisce, non dà la demenza paralitica se l'individuo non è vaccinato. Così si spiega lo sviluppo di questa nei popoli civili (in confronto degli altri in cui la vaccinazione non si esegue), la sua comparsa contemporanea alla diffusione della vaccinazione e la sua diffusione geografica; ed afferma che non si è mai veduto un sifilitico senza cicatrici da vaccino e con demenza paralitica.

Egli emette quindi diverse ipotesi per spiegare la sua osservazione: 1) il vaiuolo, ed in minor grado le altre malattie febbrili, esercitano una specie di immunizzazione febbrile preventiva e se le popolazioni sono rese incapaci di ammalare di vaiuolo, manca loro la protezione contro la demenza paralitica (la vaccinazione jenneriana sarebbe in certo modo una protezione a rovescio); 2) la vaccinazione determina negli umori del corpo delle modificazioni tali per cui l'infezione sifilitica progredisce fino alla paralisi; 3) fra la spirochete ed il virus vaccinico si forma una specie di simbiosi che cambia i caratteri della prima.

Le argomentazioni addotte da Daraszkiewicz non resistono ad una critica severa e sono controbattute dalle osservazioni di altri. È da osservarsi anzitutto che la demenza paralitica esisteva prima della vaccinazione e non vi è quindi nessuna ragione di ammettere un nesso fra le due malattie. Si è inoltre veduto che al Messico vi sono dei casi di demenza paralitica in individui che hanno sofferto di vaiuolo (e che dovrebbero quindi essere immuni) ed anche in individui non vaccinati (nei quali non ha dunque agito il virus). È quindi da ritenersi che queste teorie debbano ben presto tramontare.

*
* *

Maggiore considerazione meritano invece i casi di encefalo-mielite connessi con la vaccinazione per i quali però non si può ritenere raggiunta la dimostrazione del nesso eziologico. La facile argomentazione del *post hoc ergo propter hoc* avrebbe valore soltanto se il numero delle osservazioni fosse tanto grande da indicare come costante la consecutività. Questo appoggio manca invece del tutto. Si pensi al numero enorme di vaccinazioni eseguite ed alla rarità dei casi di encefalite epidemica, malattia su cui l'attenzione è stata richiamata specialmente verso la fine della guerra. Anche la casistica di Van Bouwdijk Bastiaanse e Terburgh, che è la più numerosa comprende soltanto 34 casi su 240,000 bambini vaccinati, un rapporto cioè di 1 ad oltre 7000, tale quindi che, in assenza di altre prove, è privo di significato.

Davanti a questa enorme sproporzione fra numero di vaccinazioni e casi di encefalite epidemica, si affaccia subito il sospetto che si tratti di semplice coincidenza; prima però di prendere una decisione in questo senso, è necessario esaminare la questione da tutti i lati per vedere se realmente debba escludersi ogni rapporto eziologico fra i due fatti:

1) il virus che ha dato l'encefalo-mielite potrebbe provenire dalle vitelle che hanno fornito la linfa vaccinica. Ciò viene escluso da J. Th. Terburgh (1) il quale osserva che la linfa dei casi osservati proveniva da tre istituti diversi e da otto vitelle diverse;

2) la linfa potrebbe essere stata inquinata con il virus encefalitico, inquinamento che gli autori che si sono occupati dell'argomento non ammettono, mentre sembra che non possa senz'altro escludersi, tanto più tenendo conto delle nostre conoscenze assai scarse sulla diffusione in natura di questi virus;

3) l'encefalo-mielite è una reazione dell'organismo al virus vaccinico. La cosa non è im-

(1) *Monatsschrift f. Kinderheilkunde*, ott. 1926.
(2) *Journ. amer. med. Assoc.*, 3 luglio 1926, editoriale.

(1) *Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1925, p. 2178.

possibile, sebbene in linea generale si tenda ad escludere la tendenza neurotropa del vaccino, che ha invece tendenza a dare reazioni cutanee (esantemi postvaccinali). Sta di fatto però che sono segnalate altre reazioni del sistema nervoso, come dimostra l'osservazione di Ed. Trommel e J. Baumgarten (1) i quali riportano un caso di sindrome meningea consecutiva a vaccinazione. Sono note del resto le osservazioni di A. Marie, C. Levaditi ed altri che hanno potuto provocare l'encefalite del coniglio mediante l'iniezione di virus vaccinico nel cervello;

4) la vaccinazione avrebbe attivato il virus encefalitico latente, ipotesi che sarebbe anche suffragata da un'osservazione di I. Th. Terbrugh (*loco citato*) di due casi di encefalite postvaccinale in bambini di una comunità, seguiti dopo alcuni giorni da un altro caso in un bambino non vaccinato (2).

* * *

Nel terreno incerto e malfido di alcune malattie da virus, dove, fra valanghe di ipotesi emerge solo qualche fatto assodato, non è sempre possibile avere un'opinione decisa.

Tutta l'epidemiologia della encefalite epidemica, come anche quella della poliomielite ci appare così varia e, direi quasi capricciosa, da non poter trovare il filo conduttore che lega i diversi casi di un'epidemia. L'incefalo-mielite postvaccinale porta un altro elemento di complicazione. Il fatto che essa non si è mai (o solo eccezionalmente) verificata per un lungo periodo d'anni in cui pure si sono fatte tante vaccinazioni, fa escludere che la causa ne debba risiedere nella linfa vaccinica. Pure ammettendone l'esistenza (che sarebbe dimostrata dalla regolarità del periodo d'incubazione e della comparsa dei fenomeni) si può ritenere che la vaccinazione non abbia altro effetto che di destare un'encefalite latente la quale si sarebbe forse sviluppata spontaneamente.

(1) *Schweizer. med. Wochensch.*, 1926 e *Office intern. d'hygiène pub.*, settembre 1926.

(2) BASTIAANSE e TERBURGH (*Nederlansch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 18 settembre 1926) in uno studio clinico, istopatologico ed epidemiologico, di cui sono venuto a conoscenza durante la correzione delle bozze, vengono alla conclusione che non si può negare il nesso fra vaccinazione ed i fenomeni di encefalite, determinati probabilmente da un ultravirus, di cui non va però ricercata la causa nel vaccino. Questo agirebbe soltanto attivando un virus latente nell'organismo, ma non si può ancor dire con sicurezza se si tratti di virus encefalitico o di altro consimile.

Sarà utile raccogliere altre osservazioni per studiare a fondo le reali condizioni necessarie per il suo sviluppo e, giustamente, in Inghilterra, il Ministero della Sanità ha invitato fin dall'aprile ultimo scorso i medici a fornire informazioni su questi casi.

Ma la possibile esistenza dell'encefalite postvaccinale non deve per nulla intralciare la pratica della vaccinazione antivaiuolosa, nè scuotere la fiducia in questa. La minaccia del vaiuolo è troppo grande e l'efficacia della vaccinazione troppo evidente perchè si possa esitare un momento davanti alla possibilità di una eccezionale e problematica complicazione.

SUNTI E RASSEGNE.

ORGANI DIGERENTI.

Natura e trattamento del cardiospasmo.

(SCHINDLER, *Münch. Med. Woch.*, n. 39).

La frequente e grave forma morbosa del cardiospasmo può essere di natura sintomatica o funzionale. Il cardiospasmo comparisce come sintoma riflesso nel carcinoma, nella rara ulcera e nei più rari tumori benigni dell'esofago, la differenza diagnostica fra questa forma e quella funzionale è praticamente della massima importanza. Sebbene la ricerca röntgenologica renda in molti casi inutile la esofagoscopia, è spesso impossibile farne a meno, ed è però consigliabile di non imprendere la cura di un cardiospasmo senza averne prima riconosciuta la natura con l'esofagoscopia.

Il cardiospasmo funzionale, secondo l'A., è costantemente psicogeno, cioè il risultato di un complesso determinato di fenomeni, che, è bene sia specialmente rilevato, non sono profondi nè fanno parte di una psiconevrosi, ma sono per lo più superficiali, facilmente comprensibili e la guarigione può ottenersene stabilmente e completamente a differenza delle altre numerose psiconevrosi dell'esofago.

È raro poterne riconoscere il primo stadio. L'ammalato si lamenta alla prima visita che da alcuni giorni i cibi non vanno più giù, ha la sensazione che si soffermino a metà e talora deve realmente rigurgitarli. Se si rimonta all'anamnesi, questa è quasi sempre la stessa: l'ammalato il giorno prima della comparsa dei primi sintomi ha avuto un grave dispiacere, che non ha potuto evitare, che ha dovuto subire e quasi sempre a tali fatti corrisponde un tempe-

ramento sensibile ed eccitabile. In un caso l'A. ha visto insorgere il fenomeno in una donna, che, abbandonata e sola, aveva perduto il figlio e costretta a reprimere l'immenso dolore, che non poteva sfogare nè confidare ad alcuno.

È sorprendente e parla per la superficialità del disturbo mentale il fatto che, in questo primo periodo, cessano talora completamente i sintomi penosi con un dolce parlare del doloroso caso occorso, con una parola consolatrice, che, come terapia psico-persuasiva, vale meglio della papaverina; nè l'A. dubita che spesso i sintomi spariscono da se stessi, spontaneamente, e persistono quando sia trascurata una razionale psicoterapia. In un secondo stadio è necessaria e trova la sua vera applicazione la suggestione ipnotica, la quale agisce prontamente, ciò che sta a dimostrare come si tratti di veri disturbi mentali superficiali. Se in questo periodo si trascura la giusta psicoterapia, si determina allora il terzo periodo, lo stato della nevrosi organica confermata con dilatazione dell'esofago, dimagramento e gravi sofferenze della deglutizione, che rendono la vita dell'infermo un vero tormento. Il trauma psichico potrebbe esser già vinto, l'ammalato potrebbe essere liberato del suo male, ma il trattamento suggestivo è senza risultato, l'organismo si è troppo abituato al falso riflesso, la nevrosi dell'organo è confermata.

Forse anche qui un trattamento profondamente analitico potrebbe portare alla guarigione, ma se si pensa alla poca sicurezza della cura, alla tendenza della subcoscienza di questi individui a non evitare il sintoma psiconevrotico, se si considera come facilmente e completamente si può ottenere la guarigione per mezzo di procedure somatiche, sembra un'inutile tortura il tentativo di un lungo trattamento analitico, che potrebbe ritenersi in generale addirittura controindicato, come pensa l'A.

S'incontrano spesso dei casi in cui il cardiospasmo è un sintoma a parte di una psiconevrosi più grave, per cui l'ammalato non può evitare quel suo sintoma tanto tormentoso.

Come trattamento di cura somatica e completa si ricorreva al dilatatore di Stark od ai precedenti metodi di dilatazione di Gollstein, di Hirsch, ecc., che si proponevano lo scopo della sollecita distensione della musculatura del cardia, ma assai spesso questi metodi incompleti non riuscivano allo scopo e però, specialmente da Sauerbruch, fu raccomandata la pneumotomia o la laparotomia e la escissione sottomucosa della muscolatura del cardia od altri simili grandi processi. Questi dovrebbero essere, però, eseguiti solo in quei casi, in cui non ha avuto buon esito il dilatatore di Stark.

Concludendo: il cardiospasmo funzionale è una psiconevrosi organica; il disturbo etiologico mentale è superficiale e consiste nella maggior parte dei casi in un represso dolore; nei suoi due primi stadii è accessibile alla semplice psicoterapia; se è confermato, la psicoterapia è inutile e bisogna ricorrere al trattamento somatico. Il metodo sovrano è la dilatazione col dilatatore di Stark.

DE CHIARA.

I dolori toracici nell'ulcera duodenale perforata.

(DESMAREST. *Presse médicale*, 1926, n. 77).

I due segni principali della perforazione d'una ulcera duodenale o gastrica sono i dolori e la contrattura generalizzata dei muscoli dell'addome.

Il dolore atroce, straziante, sincopale al principio mal localizzato, quasi generalizzato a tutto l'addome è il segno della perforazione d'un organo cavo: sopravviene in piena salute. Uno dei malati dell'A. rientrava dal proprio ufficio quando sull'uscio della propria casa venne meno e cadde a terra per un dolore violentissimo all'epigastrio, che rapidamente si generalizzò a tutto l'addome mantenendo sempre il *maximum* alla parte destra del ventre. La diagnosi della causa di questo dolore sarebbe stata facile per poco che si fosse avuto l'accorgimento di palpare l'addome. La contrattura dei muscoli addominali è nei casi del genere generalizzata, irriducibile dalla pressione della mano: il ventre è duro come il legno.

Il polso nel primo periodo rimane normale e la temperatura si eleva di poco fino a raggiungere 37°7, 37°8.

La faccia è pallida, alterata, ansiosa perchè l'infermo soffre terribilmente e perchè ogni eccitazione del simpatico addominale si estrinseca con una profonda alterazione del viso, che non ha nulla di comune con la facies della peritonite infettiva.

Anche l'agitazione ed il sudore profuso sono in funzione del dolore.

Nessun sintoma adunque ha maggior valore diagnostico del dolore e della contrattura addominale. Tuttavia essi sono l'indice della perforazione d'un organo cavo, ma non di un determinato organo.

Se l'infermo ha precedentemente sofferto di dolori gastrici, vomiti acidi, melena, si può porre

la diagnosi di ulcera perforata. Ma vi sono dei casi nei quali non riesce possibile riscontrare una sindrome pilorica o piloro-duodenale, ed in questi casi l'interrogatorio minuzioso, che consente di precisare la sede e le irradiazioni del dolore, fornisce un elemento diagnostico di prim'ordine.

In tre casi esaminati dall'A. il dolore iniziale era sempre prevalentemente epigastrico e s'irradiava verso il torace. I dolori iniziali sono dolori toracici, alti, con irradiazioni indietro ed a destra, a livello della punta della scapola.

In un caso fu notato che il dolore violento epigastrico s'accompagnava a irradiazioni verso il torace fino alla regione sopraclavicolare destra; dolori a livello della base del torace con irradiazioni posteriori in un altro caso.

Quando i dolori hanno localizzazione toracica e scapolare con punti dolorosi al di sopra della clavicola ed al moncone della spalla la perforazione è avvenuta alla faccia anteriore del duodeno sotto la faccia inferiore del fegato. Questi dolori in effetti sono l'espressione clinica dell'irritazione del peritoneo sottoepatico, sono dolori analoghi a quelli dei processi infiammatori sottoepatici secondari ad infiammazione della cistifellea.

In base alla sola esistenza di dolori toracici alti e profondi l'A. modificò in un caso la diagnosi d'appendicite perforante in quella di perforazione d'ulcera duodenale. La perforazione era avvenuta durante la notte; dopo otto ore il ventre contratto sembrava particolarmente sensibile nella fossa iliaca destra, sede molto netta del *maximum* del dolore; ma insistendo nell'interrogatorio l'infermo dichiarò che al principio dell'accidente aveva sofferto un dolore diffuso a tutta la base del torace destro ed alla scapola destra, dove esisteva ancora un punto dolente.

Nell'accesso violento di appendicite acuta invece il dolore è soltanto addominale con un *maximum* nella fossa iliaca destra; la contrattura tende a generalizzarsi, ma s'inizia alla fossa iliaca per diffondersi di qui a tutto l'addome; la temperatura è alta, il polso frequente, e la leucocitosi e la polinucleosi sono più intense che nella perforazione duodenale.

La diagnosi rapida e precisa della perforazione dell'ulcera duodenale e l'operazione eseguita d'urgenza consentono di sottrarre alla morte malati destinati a soccombere qualora il loro male non sia giustamente riconosciuto e non vengano sottoposti agli opportuni e tempestivi interventi.

DR.

ORGANI DELLA RESPIRAZIONE.

Manifestazioni pleuriche e polmonari nel corso della febbre di Malta.

(BOLAFFI. *Giorn. del Medico Pratico*, 1926, n. 4-6).

Nel corso della febbre di Malta si manifestano con facilità delle alterazioni pleuriche e polmonari che non sempre devono interpretarsi come analoghe a quelle che accompagnano la evoluzione di ogni altra setticemia, e segnatamente del tifo e dei paratifi; ma spessissimo ad esse devesi attribuire carattere di specificità in rapporto diretto con il micrococco di Bruce.

Data la somiglianza della sintomatologia con quella della tubercolosi polmonare è necessario anche fare attenzione alla facilità di un errore di diagnosi fra le due sindromi bronchiali e broncopolmonari.

Complicanze pleuriche. Non è stato possibile dimostrare sperimentalmente che il micrococco di Bruce inoculato nella pleura determini una pleurite; tuttavia nel corso della febbre di Malta assai spesso furono constatati sintomi pleurici: per lo più si tratta di pleuriti secche, talora di pleuriti sierose, ed, eccezionalmente, di pleuriti purulente. Le osservazioni di pleuriti essudative sono troppo scarse per trarne delle deduzioni sui caratteri clinici. Relativamente frequenti sono le forme secche: possono interessare la regione della base o gli apici: unico carattere particolare è la tendenza verso una rapida guarigione. A volte oltre ai segni di una pleurite, vi sono i segni ascoltatori della compartecipazione del parenchima polmonare (sindrome cortico-pleuritica), per cui viene spontanea la domanda se l'infiammazione pleurica altro non sia che una reazione di questa sierosa a localizzazioni micrococciche nel sottostante parenchima polmonare. E tenendo conto di questa patogenesi è possibile di spiegarsi la mancanza di pleuriti esperimentali mediante la inoculazione del micrococco nella cavità pleurica.

Un'altra domanda alla quale non è facile rispondere è quella se le manifestazioni pleuriche nei maltesi altro non siano che risvegli tubercolari determinati dalla infezione melitococcica. La risposta è meno ardua in quei casi nei quali la pleurite si manifesta al principio dell'infezione maltese, quando ancora questa non ha posto il paziente in condizione di minore resistenza verso il B. di Koch, con esordio acuto e risoluzione rapida.

Complicanze bronchiali. Se all'inizio della febbre di Malta suole mancare quella specialissima bronchiolite che è tanto frequente e quasi patognomonica del tifo grave, non sono rare però

altre svariate forme di bronchite che hanno speciale interesse solo quando hanno dei caratteri che possono richiamare la tubercolosi o l'influenza, o per la localizzazione apicale, o perchè si accompagnano ad escreato emorragico.

Complicanze polmonari e broncopolmonari. Non sono infrequenti e sono degne della massima considerazione, perchè interessano spesso uno o ambedue gli apici, si accompagnano a fenomeni emorragici e sopravvengono nel decorso di una malattia cronicamente febbrile, anemizzante ed esauriente come è, oltre la febbre di Malta, anche la tubercolosi polmonare. Il loro substrato anatomo-patologico sembra costituito da fenomeni congestivi delle pareti alveolari e bronchiali, minime atelettasie o da veri fenomeni di flogosi broncoalveolare a tipo catarrale e peribronchitico. In alcuni casi si è constatata la presenza di micrococchi nell'espettorato.

Le localizzazioni polmonari del micrococco del Bruce sono favorite, oltre che dalla gravità dell'infezione, dalla costituzione longilinea microsplancnica, che predispone alle affezioni dell'apparato respiratorio, e da precedenti alterazioni non specifiche del sistema broncopolmonare (Pisani).

Clinica e laboratorio ci forniscono i criteri sui quali si fonda la diagnosi differenziale con la tubercolosi polmonare e l'influenza.

Fra i criteri clinici, oltre l'epidemiologico ed il costituzionale, gran valore spetta allo stato dei visceri ipocondriaci (epatosplenomegalia melitococcica) pur non dimenticando che non sono eccessivamente rare le febbri di Malta con persistente aspleno-megalia, specie nei vecchi.

Nell'infezione maltese le modificazioni plessimetriche di solito o sono lievi o mancano: i fenomeni stetoscopici sono meno evidenti e meno stabili che nella tubercolosi: i rantoli sono meno sonori, meno decisi, meno costanti.

La curva termica che nella tubercolosi ha una sola cuspide nelle 24 ore, nella febbre di Malta ha più elevazioni giornaliere e non viene notevolmente influenzata dagli esercizi fisici e dai pasti.

Il polso è meno labile e meno frequente che nella tubercolosi, non segue molto le oscillazioni della temperatura, mantenendosi assai costante intorno ad una cifra in genere non molto elevata.

La eventuale comparsa di artralgie, orchiti ecc.; l'assenza assoluta o quasi assoluta di segni radiologici avvalorano il sospetto della infezione maltese.

Se la febbre di Malta si manifesta in periodo influenzale o se si inizia bruscamente con iperemia a carico del faringe, delle tonsille e con precoce compartecipazione delle prime vie aeree, si potrebbe confondere con l'influenza. Senonchè: l'influenza ha esordio più brusco e tumultuoso; in essa sono più fortemente e precocemente prese le mucose oculari, nasali, faringee e bronchiali superiori; mentre nella febbre di Malta esistono le più svariate manifestazioni dolorose, fanno difetto i forti dolori ai bulbi oculari che sono quasi caratteristici del periodo iniziale dell'influenza; nell'influenza manca l'ingrandimento del fegato che nei maltesi è costante e la milza stessa è affatto o modicamente ingrandita; la sintomatologia respiratoria dell'influenzato, sia lieve, sia grave, una volta stabilitasi è, non dico fluttuante, ma notevolmente ostinata e tenace; mentre le orchiti e le artralgie sono complicanze proprie della melitococcia, all'influenza si complica più spesso una otite.

Se i criteri clinici non bastano, e per conferma della diagnosi si fanno indagini di laboratorio: ed all'infuori dei casi nei quali il bacillo di Koch trovasi associato al micrococco di Bruce, l'isolamento dell'uno o dell'altro nell'espettorato o con l'emocoltura decidono la diagnosi. È preziosa anche la prova della agglutinazione, con la sierodiagnosi, purchè eseguita con criteri rigorosi, cimentando il siero del malato con tre stipiti di micrococchi, i cui particolari caratteri, per essere i risultati ben valutati, devono essere ben conosciuti dall'analizzatore.

PERSIA.

Toracotomia con pleura libera previo pneumotorace artificiale.

(ARCE. *Clinica Quirurgica*, 1926).

Abitualmente la toracotomia con pleura libera si pratica per esplorare il pulmone, il mediastino e il diaframma o per realizzare una operazione su di essi.

In uno dei tempi di preparazione dell'infermo risiede il maggiore interesse del modo di operare dell'A.

1) Igiene della bocca, fatta con la massima cura, al fine di evitare o attenuare le complicanze pulmonari.

2) Riposo e trattamento di qualunque disturbo funzionale: cardiaco, epatico o renale concomitante.

3) Pneumotorace, per cui l'A. procede nel seguente modo:

a) radiografia e localizzazione della malattia.

b) iniezione di 300 a 500 cmc. di azoto nella cavità pleurale (in mancanza di azoto si inietta aria);

c) dopo due giorni radioscopia e iniezione di 500 a 700 cmc.;

d) dopo due giorni radioscopia e nuova iniezione di 700 a 1000 cmc.;

e) nuova radiografia per localizzare la malattia con il pneumotorace completo.

Le radioscopie prima dell'iniezione sono utili per apprezzare il grado di pneumotorace e la localizzazione del tumore o del corpo estraneo che possono variare dopo ciascuna iniezione.

Ordinariamente bastano 2000 cmc. di azoto in tre sedute.

L'A. descrive la preparazione dell'ammalato prima dell'intervento operativo. Si sofferma sull'anestesia locale alla novocaina sia che si debba fare la toracotomia costale con l'infiltrare i tessuti che coprono la costola e gli spazi intercostali vicini, sia che si debba effettuare quella intercostale ed in tal caso si comprendono i tessuti dello spazio intercostale e quelli che coprono le due costole vicine.

Dopo aver resecata la costola previa denudazione del periostio si apre la pleura in tutta l'estensione della ferita. Se il pneumotorace è completo l'infermo non soffre, altrimenti avrà un poco di ansietà respiratoria e tosse, fenomeni che scompaiono immediatamente comprimendo il polmone con una compressa caldo-umida fino ad ottenere il collasso completo.

L'A. tratta della cisti idatidea del polmone, caso molto frequente in quelle regioni.

Disponendo di un aspiratore si punge e si aspira il contenuto della cisti incidendo poi il pulmone a livello della puntura; al contrario s'incide direttamente e si svuota con garza montata su larghe pinze.

Se il liquido cistico è limpido si sutura la ferita pulmonare con catgut a punti staccati, gli uni profondi e gli altri superficiali e si abbandona liberamente il pulmone nella cavità pleurale suturando la pleura, i muscoli toracici in due piani e per ultimo la pelle. Se il liquido è infetto si fissano i bordi della ferita pulmonare a quella toracica per drenare la cavità cistica.

Perchè la fissazione della ferita pulmonare alla toracica sia efficace e impedisca la comunicazione con la cavità pleurale non basta, come abitualmente si pratica, suturare il pulmone alla pleura e al periostio costale, ma è necessario suturarlo ai muscoli toracici per cui mentre da un lato si ottiene una sutura ferma e sicura, dall'altro si rende completamente indipendente la ferita dalla cavità pleurale la cui infezione è sempre grave. Se non sopravvengono complicanze, la toracotomia è abitualmente ben sopportata e anche quando si tratta di operazione grave, la prognosi è relativamente buona.

F. CASSITTO.

MALATTIE A EZIOLOGIA SCONOSCIUTA.

Un caso di amiloidosi generale senza causa determinabile (cosiddetta amiloidosi idiopatica).

(HANS SILVER e ADOLF LINDBLOM, *Acta medica scandinavica*, vol. LXIV, fasc. VI, 13 ottobre 1926).

L'amiloidosi compare in genere in seguito a malattie croniche, eccezionalmente anche in seguito a malattie acute.

Sono stati però descritti vari casi di amiloidosi di grado più o meno alto in cui nè per l'anamnesi, nè all'autopsia si è potuta determinare la causa.

Wild comunicò uno di questi già nel 1886. Si trattava di una donna sofferente di enfisema polmonare e debolezza cardiaca che morì per erisipela. All'autopsia si osservò che l'amiloide era specialmente localizzato nel cuore, intestino, lingua, peritoneo e vescica, nonchè nelle arterie e nelle vene.

Vari altri AA., fra cui Steinhaus, Frank, Bencke e Freundlich, descrissero casi simili.

Eppinger (*Biochemie*, 1924) comunica un caso di amiloidosi idiopatica in una ragazza di 17 anni, che aveva sofferto per lungo tempo di debolezza e stanchezza progressive. Fegato e milza erano ingrossati, duri e indolenti. La malata morì coi sintomi di una grave intossicazione All'autopsia si osservò una grave amiloidosi della milza e del fegato, il quale presentava inoltre un tumore amiloide grande come un pugno, non ben delimitato. Anche nel cuore e nell'intestino si osservarono piccoli accumuli di sostanza amiloide. Eppinger analizzò chimicamente tale sostanza e giunse alla conclusione che l'amiloide è probabilmente un corpo albuminoide. Il rapporto percentuale fra carbonio e azoto è simile a quello delle altre proteine. La sostanza amiloide è senza zolfo e fosforo e non contiene quindi acido solforico condroitinico. L'«amiloide» è composto di vari aminoacidi. È degno di nota sia l'alto contenuto di tirosina, sia la mancanza di cistina e istidina. La sostanza amiloide è ricca di diaminoacidi e perciò di carattere basico; sembra contenere purine, e, per quanto siano esatte le prove qualitative, sembra libera da idrati di carbonio.

Husten (*Virchow's Archiv*, 1924) descrive un caso di amiloidosi di eziologia sconosciuta in una donna che aveva subito l'estirpazione dell'utero, ma che del resto era sempre stata sana. Si ammalò con forti dolori addominali. La milza ed il fegato erano grossi, insensibili e duri. Nell'orina si osservò albumina, globuli bianchi, cellule epiteliali e singoli cilindri ialini. L'esame del san-

gue dimostrava una marcata policitemia. La malata morì di erisipela. All'autopsia si trovò abbondante sostanza amiloide nel fegato, milza. reni e capsule surrenali, poca nel cuore (un po' ingrossato) e negli altri organi.

Gli AA. comunicano poi un caso da loro osservato, per cui non si potè determinare l'eziologia

Si trattava di un uomo di 34 anni che era sempre stato sano. Entrò in clinica dopo aver presentato per 10 mesi tutti i sintomi di scompenso cardiaco (debolezza, dispnea, cardiopalmo alla minima fatica ed edemi alle gambe). Il malato è cianotico, presenta dispnea ed edemi alle estremità inferiori. Non ittero. Il cuore è molto ingrossato, aritmico. Il fegato è grosso, duro, indolente, con superficie liscia. La milza è normale. Il sedimento dell'orina contiene qualche globulo rosso. L'orina contiene urobilinogeno ed urobilina. Reazione Wassermann negativa. In pochi giorni diminuiscono tutti i sintomi dello scompenso cardiaco, ma il cuore rimane ingrandito e si osserva una marcata ipertrofia e dilatazione del ventricolo sinistro. Anche il ventricolo destro è leggermente ipertrofico. Il fegato diminuisce di volume ma rimane duro. L'orina è sempre normale. Il rene non presenta altro che i fenomeni del rene da stasi. Il malato è colpito improvvisamente da sintomi psichici per cui viene ricoverato nella clinica psichiatrica. Questi fenomeni scomparvero in quindici giorni e mentre tornava alla clinica medica cadde improvvisamente a terra, morto.

All'autopsia si osservò una notevole ipertrofia cardiaca ed una dilatazione delle cavità. Il miocardio era di consistenza dura ed elastica. Il cuore conservava la sua forma anche se tagliato. Il miocardio era omogeneamente marrone giallastro, cereo, quasi vitreo. Le fibre muscolari erano avvolte in un involucro di sostanza amiloide più o meno spessa. Questa si trovava anche nei vasi del miocardio, nonchè sotto al pericardio ed all'endocardio. Tutte le valvole contenevano amiloide e le valvole mitrali erano inoltre infiltrate da piccoli nodini di amiloide.

L'aorta e le grandi arterie non presentavano amiloide; l'intima delle arterie coronarie era liscia. Tutte le pareti dei vasi erano uniformemente ingrossate. Le pleure erano lisce e lucide, contenevano liquido giallo. I polmoni erano duri, cuoiacei, e le mucose dei grossi bronchi erano fortemente arrossate. Le pareti delle arterie e delle vene contenevano sostanza amiloide. Il fegato era ingrossato, duro quasi come legno e presentava una notevole amiloidosi. Le pareti dei vasi erano quasi completamente trasformate in sostanza amiloide. Le cellule del parenchima erano in parte scomparse e le trabecole erano quasi tutte di sola sostanza amiloide. Il fegato presentava il quadro di una intensa stasi: le vene centrali ed i capillari erano assai dilatati, specialmente nel centro degli acini. Le cellule epatiche, atrofizzate, sono pigmentate di marrone.

La milza era ingrossata, durissima. Le pareti delle arterie sono abbondantemente infiltrate di sostanza amiloide, la quale è copiosa nei follicoli. La polpa contiene focolai di amiloidosi.

I reni, normali per grandezza, erano anch'essi durissimi. Le pareti dei vasi afferenti, dei vasi efferenti e delle arterie erano completamente trasformate in sostanza amiloide. Il tessuto connettivo, la membrana propria dei canalicoli orinari erano ricchi di amiloide. Nei glomeruli questa era scarsa e non si trovarono glomeruli trasformati in amiloide. L'epitelio dei canalicoli non presenta che degenerazione albuminoide.

Il cervello, non osservato microscopicamente, appariva normale.

Gli altri organi non furono osservati al microscopio; macroscopicamente non presentavano nulla di anormale.

L'amiloide presentava metacromasia ma non reazione allo jodio nè all'acido solforico. Questo fatto dimostra che l'amiloidosi non durava da molto tempo. Nè dall'accurata anamnesi, nè dall'osservazione continua del malato durante la sua permanenza in clinica si potè accertare la causa dell'amiloidosi. Una polmonite ed una infiammazione dell'orecchio che il malato aveva avuto prima degli 8 anni non potevano certo essere messi in rapporto con l'amiloidosi, i cui sintomi cominciarono a manifestarsi appena un anno prima della morte del malato.

Alcuni AA., fra cui Frank, pensano che l'amiloide possa derivare dall'azione diretta o indiretta di batteri. Altri dicono che la causa sia da ricercarsi in un alterato ricambio dell'albumina. Kuczynski ha provocato l'amiloidosi nei topi alimentandoli con cibi ricchi di albumina ed iniettando loro nutrose.

Dal punto di vista anatomico il fenomeno più caratteristico del caso descritto dagli AA. è, oltre alla causa sconosciuta, l'intensa amiloidosi del cuore e la mancanza di albumina nell'orina, malgrado l'amiloide esistente nei reni

Dalla letteratura (Heschl, Hübschmann, Landan e Möuckeberg, ecc.) vediamo che il deposito di amiloide nel cuore, nell'amiloidosi generale, non è raro, e che esistono anche dei casi di amiloidosi cardiaca isolata, la quale può dare sintomi cardiaci.

Nel caso degli AA. l'amiloidosi del cuore era la causa dei fenomeni cardiaci e della morte del malato. Alcuni AA. opinano che la nefrite possa essere causa di amiloidosi, in ogni modo l'accu-

mulo di amiloide nei reni è quasi sempre accompagnato da nefrosi. Nel caso degli AA. esisteva amiloidosi renale senza contemporanea nefrosi lipoide.

Non si era mai osservata albuminuria. Nei primi giorni di permanenza in clinica si trovarono globuli rossi nel sedimento: questo fatto è spiegabile con lo scompenso cardiaco del malato. Tutto faceva pensare ad un rene da stasi e non v'era nulla che indicasse un'altra malattia renale.

Si è ancora in dubbio se la degenerazione amiloide per se stessa, per la maggiore permeabilità dei vasi possa provocare alterazioni nell'orina. Secondo Littens l'albuminuria dipende dal fatto che l'albumina non può passare dai glomeruli nei canali poichè questi sono lesi. Secondo Cohnheim l'albumina passa attraverso i vasi degenerati, mentre secondo Lecorche l'albuminuria non dipende dall'amiloidosi come tale, ma da contemporanee alterazioni « croniche ed infiammatorie ». La sproporzione fra il grado dell'amiloidosi e l'albuminuria parla contro alla degenerazione amiloide delle pareti vasali come causa dell'albuminuria.

Se un eventuale accumulo di amiloide nel cervello sia stato responsabile dei disturbi psichici presentati dal malato osservato dagli AA. non potè essere determinato poichè il cervello non fu esaminato al microscopio. Nel sistema nervoso centrale la presenza di amiloide è molto rara.

MARIO GHIRON.

CENNI BIBLIOGRAFICI

MOHR L. und STAEHELIN R. *Handbuch der Inneren Medizin.* Band IV, Teil I. J. Springer, Berlin, 1926. Mk. 69.

Mantenendo il piano svolto nella precedente edizione, questa seconda in corso di pubblicazione comprende nella prima parte del IV volume il sangue e le malattie di esso, le affezioni dei muscoli, delle ossa e delle articolazioni, trattate rispettivamente dal Moravitz e dal Lommel. Un capitolo particolare è dedicato alle costituzioni ed è svolto dal V. den Valden per quanto concerne il problema clinico delle costituzioni, dal Doerr per quanto riguarda le idiosincrasie, dal Klotz nei rapporti della diatesi essudativa. Pure dal Klotz, e in appendice al suddetto capitolo, è trattato il rachitismo.

Le malattie del ricambio trovano ampia trattazione per opera del Lichtwitz, mentre in aggiunta ad esse il capitolo del diabete insipido è stato affidato al Meyer di Gottinga.

In ogni problema sono state apportate le più recenti acquisizioni, frutto delle moderne investigazioni e degli ultimi studi.

TRENTI.

Nouveau Traité de Médecine. Pubblicato sotto la direzione di G.-H. ROGER, F. WIDAL e P.-J. TEISSIER. Vol. XI, in-8° di pag. 636, con 87 fig. nel testo e 5 tav. in colori. Masson e C.ie ed., Parigi, 1924. Prezzo, fr. 45.

Questo volume del pregevole trattato, dedicato alla patologia dell'apparato respiratorio, si apre con un interessante studio di F. Bezançon e S.-J. De Jong sulla semeiologia dell'apparato respiratorio.

H. Bourgeois vi tratta poi le malattie del naso e della laringe, Bezançon e De Jong le affezioni tracheobronchiali ed il completo problema dell'asma, Hutinel e Paisseau le broncopolmoniti. A P. Harvier sono stati affidati i capitoli seguenti: congestione polmonare, edema acuto del polmone, gangrena ed ascessi del polmone, polmonite dissecante, embolie dell'arteria polmonare, apoplessia, enfisema, sifilide del polmone, le sclerosi, la pneumoconiosi, l'atelettasia. Da ultimo Ribadeau Dumas espone il cancro pleuropolmonare e le cisti idatidi.

Col XII volume, già pubblicato, che comprende la tubercolosi, la pseudotubercolosi, le affezioni della pleura e del mediastino, viene così completamente trattata tutta la patologia dell'apparato respiratorio.

A. POZZI.

L. WILLIAMS. *Obesity.* H. Milford. Oxford University Press., 1926. Pr. 10/6.

L'interessante argomento, che rientra nel vasto e complicato capitolo delle malattie della nutrizione, è affrontato dall'A. con criteri moderni e con larghezza di vedute, per cui il libro si distingue nettamente dalle trattazioni cliniche del genere.

Si ritrova in queste pagine il brillante autore di *Minor maladies* e di *Middle age and old age*, il quale, intercalando all'arida esposizione teorica del disturbo le citazioni classiche, le acute osservazioni personali e, quando occorre, la parola di spirito, riesce a tener desta l'attenzione del lettore fino all'ultima pagina.

Le vedute moderne circa le relazioni tra sistema endocrino e ricambio alterato sono trattate con sufficienza e sobrietà.

Accresce infine pregio al volume, edito con gran cura, la riproduzione di vecchi disegni tolti da opuscoli sull'argomento, editi circa un secolo fa, e costituenti una vera rarità bibliografica.

M. FABERI.

F. LUST. *Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten.* Editori Urban und Schwarzenberg, Berlino-Vienna.

È la quarta edizione di un manuale di pediatria, i cui pregi sono stati riconosciuti dalla rapida diffusione delle tre edizioni precedenti.

L'esposizione è chiara ed esauriente per quanto concisa, quasi schematica.

Il libro ha indirizzo essenzialmente clinico e terapeutico, e si presta eccellentemente per i medici pratici, per i quali è stato compilato.

DR.

G. GOGLIA. *Guida pratica di terapia clinica.* Un vol. in-16°, di pag. 514. V. Idelson, Napoli. L. 30.

È un volumetto quasi tascabile, di comoda consultazione, in bella veste tipografica, scritto con intento essenzialmente pratico. I vari stati morbosi sono elencati in ordine alfabetico, e per ciascuno è indicata con sufficiente dettaglio la terapia igienica, dietetica, e medicamentosa opportuna, con qualche adeguato commento, utile per individuare la terapia al singolo caso. È ricco di formule, pure essendo sfrondato di molte superflue, che per tradizione si trasmettono da un manuale all'altro. DORIA.

CANTONNET A. *Petit précis annuel.* Un vol. in-18° di 177 pag. N. Maloine ed., Parigi, 1926. Prezzo Frs. 8.50.

Piccolo manualetto che, senza avere la pretesa di fare una rivista completa dei lavori apparsi nell'annata, dà, per ogni gruppo di malattie, un cenno dei risultati più significativi a cui si è giunti (citando sempre le fonti quasi tutte di origine francese) per cui il lettore può farsi una idea dell'evoluzione delle scienze mediche.

Appartiene alla collezione « Petits Précis » ed ha come gli altri volumetti il pregio della chiarezza e della concisione. *fil.*

ACCADEMIE, SOCIETÀ MEDICHE, CONGRESSI.

R. Accademia Medica di Roma.

Seduta del 31 luglio 1926.

Presidenza: Prof. R. ALESSANDRI.

Morfologia, biologia, cultura pura e azione patogena degli spirocheti intestinali.

SANARELLI. — Dopo una esposizione sulle attuali conoscenze sulle spirochetosi intestinali, delle altre spirochetosi (morfologia, culture, classificazione, distribuzione geografica, diagnosi e cura), riferisce sulle proprietà di una spirochete isolata in cultura pura dal sangue del cuore di una cavia. Comunica i risultati culturali e sperimentali, fermandosi sul potere patogeno da sola e in simbiosi, nel determinare, se inoculata, una enterite spirochetica.

PONTANO. — Ricorda quanto a lui risulta a proposito della spirochetosi nell'angina di Vincent, nella gangrena polmonare, nella spirochetosi intestinale. Ritiene che le spirochetosi non siano mai malattie pure, chè anzi nella maggior parte dei casi esse assumono l'aspetto di complicazioni. Nella clinica però la terapia della spirochetosi coi preparati arsenicali assume grande importanza, poichè l'eliminazione della spirochetosi è la spinta alla guarigione della malattia prima.

ARCANGELI. — Conferma i dati esposti da Pontano circa la terapia molto vantaggiosa delle cure contro le infezioni spirochetiche specie nella gangrena polmonare.

SANARELLI. — Ringrazia e mette a disposizione il suo materiale di studio.

La dieta di semi di girasole per lo studio del Beri-beri sperimentale.

DI MATTEI. — Riferisce le sue esperienze su colombi tenuti a regime di semi secchi e sgusciati di girasole: con tale regime si ottiene una sindrome nervosa periferica mentre sono conservati il peso, l'appetito, l'assorbimento, la digestione degli alimenti. Aggiungendo il seme di girasole sgusciato alla dieta di riso brillato scompaiono gli altri sintomi di avitaminosi e rimangono solo i sintomi nervosi periferici. L'O. pensa che i semi di girasole sgusciati siano un mezzo utile per lo studio accurato della sindrome da avitaminosi.

BAGLIONI. — Vorrebbe fosse studiato il problema se la deficienza da semi di girasole e quella del riso è la medesima.

DI MATTEI. — Ricorda che egli ha ottenuto la guarigione della sindrome periferica con lievito di birra, il che dice che numerose sostanze sono capaci di riparare una determinata deficienza.

Sulle modificazioni della formula emoleucocitaria nelle malattie del fegato.

GIUDICEANDREA. — Riferisce dettagliatamente sul comportamento della leucocitosi nelle varie

malattie epatiche: cirrosi, cirrosi di Hanot, cisti da echinococco, ascessi del fegato nella sifilide epatica. Egli non trova apprezzabili modificazioni nel numero dei leucociti, se si eccettuano i casi di flogosi acute o suppurative. Talora trova leucocitosi relative neutrofile (m. di Hanot), nelle forme croniche la formula non si scosta dalle forme ordinarie; esiste modica linfocitosi nelle epatiti luetiche. Per l'eosinofilia l'O. ammette una eosinofilia d'origine epatica.

PONTANO. — Ricorda che nell'ascesso epatico d'ordinario manca l'eosinofilia, che d'altronde all'eosinofilia non si può concedere, se negativa, grande importanza neanche nelle cisti da echinococco del fegato. Richiama le nozioni sull'origine locale degli eosinofili, sulle cisti da echinococco e ricorda sue esperienze che con l'iniezione di liquido cistico provocavano eosinofilia locale. Aggiunge che la sifilide epatica può talora provocare leucocitosi che facilita gli errori tra sifilide e ascesso; e che nell'ascesso possono mancare febbre e leucocitosi facilitando gli errori con i tumori.

ARCANGELI. — Richiama l'attenzione a proposito dell'eosinofilia intensa nei liquidi pleurici, quando esiste versamento, e ricorda casi con grande ricchezza di eosinofili.

GIUDICEANDREA. — Dichiara il suo accordo con eventualità notate da Pontano e da Arcangeli.

Sulle alterazioni circolatorie degli avvelenati da chinina. - L'azione della chinina e della chinidina nell'extrasistolia e nella tachicardia parossistica. - Chinina e funzione circolatoria nei malarici.

MELDOLESI. — Ha ricercato se l'azione cardiopressiva attribuita agli alcaloidi della chinina è esclusiva delle dosi tossiche. Egli, mentre riconosce l'azione tonica delle piccole dosi, ha potuto notare ipotonia miocardica, ipotensione e ipotonia arteriosa, bradicardia, diminuzione della capacità di reazione agli aumenti sperimentali di lavoro in soggetti che avevano ingerito, a scopo suicida, quantità superiori ai 6 grammi di chinina.

Circa l'azione della chinina e della chinidina egli ha trovato che la loro efficacia sull'extrasistolia e sulla tachicardia parossistica è evidente solo se l'aritmia si accompagna a disturbi del tono miocardico.

La chinina, in virtù di questa azione sul tono, esercita azione favorevole nella terzana maligna, dove sono costanti le alterazioni del tono miocardico, anche da questo punto di vista. Ma le dosi alte possono richiamare fenomeni depressivi, se il cuore non viene convenientemente sostenuto: la chinidina esercita azione tonica notevole.

La sezione delle aderenze pleuriche nel trattamento pneumotoracico della tubercolosi polmonare.

LEOTTA. — Comunica i risultati veramente incoraggianti, ottenuti con la sezione delle aderenze pleuriche nel pneumotorace terapeutico, mettendo allo scoperto con larga toracotomia, seguendo lo spazio intercostale, tutta la cavità pleurica e suturando dopo la sezione delle aderenze.

ARCANGELI. — Si congratula col Leotta perchè il suo metodo evita tutti i pericoli legati alla sezione senza il controllo della vista.

Asportazione del ganglio stellato sinistro in un caso di tachicardia parossistica.

ANTONUCCI. — Riferisce di un caso di tachicardia parossistica ribelle alle cure mediche, e, in base alle recenti conoscenze sull'importanza del ganglio stellato nel determinismo della tachicardia, ha proceduto alla estirpazione di esso. La asportazione del ganglio eseguita senza difficoltà, provoca sensazioni dolorose. All'ottavo e all'undicesimo giorno dall'operazione ha avuto lipotimia con senso di «battimento» sternale superiore e senso di angoscia, al 28° giorno ha un attacco di tachicardia parossistica. In tre mesi la malata sta bene.

PONTANO. — Ricorda un tentativo simile eseguito dal Leriche e riportato da Fontaine. Aggiunge che tali tentativi sono di grande interesse, specialmente in risposta a coloro che pensano che i gangli stellati del simpatico, nei riguardi della funzione miocardica, devono essere considerati intangibili. Sarà interessante seguire la malata per le eventuali recidive.

ANTONUCCI. — Aggiunge che l'asportazione dello stellato in questo e in altri casi da lui operati, è stata operazione innocua nei riguardi della funzione miocardica. A. CORRADI.

AVVERTENZA. — Per deficienza di spazio siamo costretti a rimandare al prossimo anno i resoconti di alcuni Congressi adunatisi recentemente (Ortopedia, Urologia, Oftalmologia ecc.).

APPUNTI PER IL MEDICO PRATICO.

CASISTICA E TERAPIA.

Considerazioni sulla patogenesi e cura del diabete.

P. Govaerts (*Le Scalpel*, n. 25, 1926) osserva che, eccettuati i rari casi di «diabete renale» (glicosuria senza disturbo di assimilazione degli idrati di carbonio nè iperglicemia), la glicosuria è sempre conseguenza di iperglicemia. Nell'individuo normale la glicemia è costante (0,8-1 gr.), per l'equilibrio che esiste tra l'immagazzinazione del glucosio sotto forma di glicogeno, la ritrasformazione di glicogeno in glucosio e la distruzione di quest'ultimo. La funzione glicogenetica è proprietà dei muscoli e del fegato; mentre la mobilizzazione del glicogeno epatico e muscolare è in rapporto con la quantità di adrenalina circolante nel sangue, quindi con lo stato di funzione dei surreni e di eccitazione del sistema simpatico. È probabilmente per via simpatico-surrenale che si determina l'iperglicemia emotiva, asfittica, post-emorragica, e quella che segue alla puntura del quarto ventricolo, o a lesioni dell'ipofisi o della tiroide (p. es. nel Basedow). Mentre l'attività simpatico-surrenale tende ad aumentare la formazione del glucosio e la glicemia, la secrezione interna del pancreas determina effetti del tutto opposti, cioè la diminuzione della glicemia in conseguenza della trasformazione di glucosio in glicogeno e dell'aumentata glicolisi da parte dei tessuti. Un difetto di funzione endocrina del pancreas deve dunque determinare iperglicemia: è questa la causa più frequente del diabete.

Le cause del difettoso funzionamento del pancreas sono in alcuni casi evidenti (pancreatite subacuta, sclerosi accentuata), in altri casi esse sfuggono all'indagine; forse esse sono talvolta extrapancreatiche, dipendenti da disturbi di innervazione della glandola.

Il metabolismo è alterato in modo caratteristico nel diabete. L'organismo diabetico è incapace di utilizzare il glucosio, che da un lato si trasforma con difficoltà in glicogeno, mentre d'altro lato viene ossidato in misura insufficiente. Da ciò anzitutto un aumento della glicemia, per l'accumularsi nel sangue del glucosio ingerito o di quello che si forma (in misura del 58 %) nel corso del metabolismo dei proteidi. L'organismo che non riesce ad utilizzare il glucosio, per coprire il suo fabbisogno in calorie deve disintegrare in misura esagerata grassi e proteidi; mentre i corpi chetonici che si formano da questi elementi disintegrati, non possono venire neutralizzati per la deficienza dei prodotti intermedi della combustione del glucosio, neutralizzatori fisiologici dei chetoni. L'utilizzazione imperfetta del glucosio determina dunque i due sintomi che dominano la patologia del diabete: l'iperglicemia e l'acidosi. L'acidosi va intesa nel senso di una diminuzione della riserva alcalina: l'acido ossi-butirrico o diacetico penetrati nel sangue vi scompongono i bicarbonati formando degli ossi butirrati e diacetati, mentre l'acido carbonico liberato è eliminato dai polmoni. La reazione del sangue allora non si modifica, ma i carbonati sono diminuiti, ciò che dimostra che acidi anormali hanno invaso il sangue. La diminuzione della riserva alcalina si dimostra con l'apparato di Van Slike, che misura la quantità di acido carbonico che dell'acido cloridrico aggiunto libera dai bicarbonati del plasma.

Il regime del diabetico va regolato caso per caso. Il paziente tenuto a letto, riceve una quantità di alimenti corrispondente al suo ricambio basale: proteidi 3/4 gr. per kg. di peso, idrati di carbonio che forniscano il 10 % delle calorie totali, e grassi da completare i bisogni calorifici. Se con tale regime scompare la glicosuria, si aumentano gli idrati di carbonio e la quantità degli alimenti in modo che il loro valore energetico sia del 50 % superiore al metabolismo basale. Se questo riesce senza che ricompaia zucchero nell'urina, si può curare il paziente senza l'insulina, ed ottenere ciononostante quello cui sempre si deve mirare nei diabetici: scomparsa della glicosuria e dell'acetonuria e mantenimento della glicemia a valori quasi normali, pur rendendo i malati atti a sopportare una vita attiva senza diminuire di peso. Negli altri casi è necessario ricorrere all'insulina. In generale il diabete è grave nei bambini e nei giovani, mentre negli adulti, e specialmente nei vecchi, esso ha un'evoluzione lenta, specialmente dopo passato il primo anno di malattia che è il più pericoloso (frequenti complicazioni e crisi di coma).

POLLITZER.

Azione della tripsina e dell'amilopsina sull'insulina.

A seguito delle ricerche del Dudley, Banting e Best, Epstein, Rosenthal, Maechlin, de Beck sulla asserita azione specifica distruttiva od inibente della tripsina sull'insulina, Monteleone (*I Problemi della nutrizione*, 1926, n. 5-6) ha cercato di addentrarsi nello studio dei rapporti fra secrezione esterna e secrezione interna pancreatica, estendendo le ricerche anche all'amilopsina. Esse ricerche confermano che la tripsina a contatto

dell'insulina è capace di togliere a questa la sua attività sullo zucchero del sangue; l'inattivazione ha luogo in breve tempo alla temperatura ambiente ed in mezzo alcalino: la reazione è di natura quantitativa; dal complesso che viene formato dalla reazione delle due sostanze si può dissociare in parte la originale insulina ed ottenerne gli effetti noti negli animali di laboratorio. Per quanto riguarda l'amilopsina le ricerche dell'A. ne mostrano un comportamento presso che analogo a quello della tripsina: la differenza starebbe nella quantità di sostanza bruta capace di inattivare la stessa quantità di insulina: per 40 unità di insulina occorrerebbero 5 mmgr. di tripsina per l'inattivazione, mentre per l'amilopsina ne occorrerebbe una quantità cinque volte maggiore.

L'interesse pratico delle ricerche mostra ancor di più l'inopportunità di insistere nel trattamento insulinico per la via del digerente, in quanto mettono in evidenza altri fattori, oltre quelli gastrici, capaci di rendere nulla l'insulina introdotta.

L'effetto della luce solare sul contenuto in vitamina A dell'olio di fegato.

Il valore di un olio di fegato di merluzzo è in relazione al suo contenuto in vitamine. Sono stati perciò, fra gli altri, studiati gli effetti esercitati dalla luce di varia intensità, sottoponendo all'azione di questa dei campioni contenuti in bottiglie ermeticamente chiuse.

I controlli sono stati fatti per mezzo di giovani topi albini tenuti a dieta conveniente.

Considerando i vari gruppi di esperimenti si può desumere quanto segue:

L'olio conservato all'oscuro non mostra differenza d'azione rispetto a quello conservato a luce diffusa, sia che resti contenuto in bottiglie di vetro chiaro, che in bottiglie coperte di cartone. Aumentando l'intensità della luce, si osserva un lieve grado di maggior potenza nell'olio conservato in bottiglie ben tappate.

La luce solare invece, fatta agire per una parte della giornata, esercita un effetto dannoso deciso sul contenuto vitaminico. Tale effetto è senza confronto più spiccato quando la luce solare agì per lungo tempo, tanto da poter affermare che la forza della vitamina A vien distrutta dalla luce solare.

E poichè in tutti i casi la luce dovette attraversare sia la lastra della fenestra che il vetro della bottiglia, si può ritenere che la porzione dello spettro solare che distrugge la vitamina A dell'olio di fegato di merluzzo non viene eliminata dal tipo di vetro usato nella manifattura delle fenestre e delle bottiglie.

Donde si trae la conclusione che l'olio di fegato di merluzzo dovrebbe essere conservato in recipienti a prova di luce, quali ad esempio delle bottiglie involtate in carta o cartone.

(A. D. Holmes e M. G. Pigot, *Bost. Med. S. Jour.*, 5 agosto 1926).

M. FABERI.

La cura della rachitide con gli alimenti irradiati.

Partendo dal concetto che tanto l'azione dei raggi ultravioletti, quanto l'azione dell'olio di fegato di merluzzo agiscono sulle lesioni ossee della rachitide, modificando il metabolismo del calcio e del fosforo, H. Mackay, H. Shaw, M. Weinstock (*The Lancet*, n. 5340) hanno usato gli alimenti irradiati per la cura della rachitide.

S'è potuto notare come il fattore antirachitico, naturale nell'olio di fegato di merluzzo, può essere provocato artificialmente mercè i raggi sia sull'alimento, sia sull'organismo vivente. Pare che co' raggi vengano ad essere modificati il colesterolo e il fitosterolo.

La sorgente dei raggi è costituita da una lampada di quarzo a vapori di mercurio, e l'irradiazione dura un'ora, alla distanza di cm. 35.

CARUSI.

Il nutrimento del bambino.

Da uno studio statistico compiuto sui vari nutrimenti usati per un gran numero di bambini della prima infanzia, C. G. Grulee (*Jour. A. M. A.*, vol. 87, n. 3, 1926) trae le seguenti conclusioni:

Sette su otto bambini al disotto di 6 mesi di età possono venir nutriti in tutto o in parte al seno.

Nella seconda metà del primo anno possono essere usati con vantaggio cereali e vegetali.

Il latte acido è necessario solo in un caso su 300.

In meno del 10 % dei bambini allevati artificialmente può essere necessario sostituire allo zucchero di canna qualche altro zucchero.

L'uso di alimenti speciali non offre probabilmente nessun vantaggio e praticamente non trova la sua indicazione.

M. FABERI.

Proprietà nutritive del succo d'arancio.

Oltre una notevole quantità di glucosio, esso contiene una cospicua dose di vitamine A, B e C. Favorisce l'assimilazione del calcio, del fosforo, del magnesio, e di altri principi necessari. Sotto la sua influenza i bambini crescono più facilmente di peso. (*Journ. A. M. A.*, marzo 1926).

DORIA.

Avvelenamento famigliare da piombo.

G. Margreth (*Giornale di clinica medica*, 20 gennaio 1926) riporta l'osservazione di una famiglia in cui tutti i membri (coniugi e tre figli) vennero colpiti, con diversa intensità, da una sindrome caratterizzata essenzialmente da dolori addominali intensissimi a tipo parossistico, localizzati in prevalenza all'epigastrio con irradiazione però alle rimanenti parti dell'addome. I dolori duravano circa due ore ed erano accompagnati da conati di vomito e da stipsi ostinata che resisteva alla somministrazione di energici purganti. Furono solo risparmiati due figli in tenera età.

I dati anamnestici e la singolarità del fatto che quasi tutti i componenti la famiglia erano stati colpiti dalla stessa sintomalogia ponevano il quesito della eventualità di un'intossicazione, che doveva presumibilmente essere di origine alimentare. Dopo ripetuti interrogatori si venne a sapere che da circa un mese la donna capo di famiglia, mentre passava allo staccio la farina di frumento che doveva servire all'alimentazione, aveva notata la presenza di piccole pagliuzze metalliche le quali furono riconosciute per piombo.

Gli attacchi tipici di colica, la presenza dell'orletto gengivale ed il reperto positivo del piombo nell'urina dimostrano che si trattava di colica saturnina; da rilevare è l'assenza di emazie basofile nell'esame del sangue.

Più difficile riesce invece la soluzione del quesito sul modo in cui il piombo è giunto nella farina. È anzitutto da scartarsi l'ipotesi della sofisticazione di questa con biacca, perchè il piombo si trovò allo stato metallico; così pure si deve scartare l'ipotesi che esso si sia mescolato alla farina durante la macinazione, non essendo stato possibile rilevarne la presenza nella pietra da macina. L'A. ritiene più probabile che il metallo si sia mescolato al frumento durante la trebbiatura, provenendo forse dal piombo fuso usato per la riparazione di qualche congegno della trebbiatrice. *fil.*

POSTA DEGLI ABBONATI.

All'abb. n. 9844-1 (Z. A.):

Il miglior libro di diatermia in tedesco il Kowarschik la cui traduzione in italiano (Vitale e Chiozzi, Città di Castello) è in ristampa. In francese il Bordier. Buono il Bucky tradotto in italiano. Per la radiologia il *Trattato italiano di Radiologia* edito dalla Società italiana di Radiologia (Taddei, Ferrara) di cui si annunzia fra breve la II edizione. In tedesco: l'Assmann (röntgendiagnostica delle malattie interne). In francese il Weillot, il Guilleminot.

Per i raggi ultravioletti: Saidmann, Doin ed., Parigi, *I raggi ultravioletti in terapia*.

M. E.

VARIA.

Il problema della determinazione del sesso.

Il prof. L. Castaldi espone nella *Rassegna Internazionale di Clinica e Terapia* le varie ricerche eseguite allo scopo di risolvere il problema della determinazione del sesso e le varie teorie avanzate al riguardo. La quistione ha appassionato gli studiosi fin da tempi remoti e se ne occupò anche Aristotele, che riteneva il sesso fosse determinato dal padre.

Fino a poco tempo fa si riteneva che il germe fosse primitivamente indifferente e che la differenziazione sessuale avvenisse successivamente con lo sviluppo ontogenetico. L'osservazione diretta e l'esperimento hanno invece dimostrato che il sesso è già determinato nell'anafimissi, ossia nel mescolamento dei due elementi sessuali nella fecondazione, per caratteri insiti nelle cellule stesse che s'incontrano nell'atto della fecondazione. La cellula uovo ha caso per caso già determinato il proprio sesso; più tardi, nel corso dell'ontogenesi, si differenziano i caratteri sessuali secondari, su i quali esercitano una spiccata influenza le glandule endocrine.

Gli studi eseguiti finora allo scopo di precisare l'influenza di fattori esterni sulla determinazione del sesso sono stati poco conclusivi.

È stata attribuita grande importanza alla temperatura. Gli esperimenti fatti da Maupas su di un rotifero, l'*Hydatina senta*, tenderebbero a dimostrare che le basse temperature favorirebbero la produzione di maschi e quelle alte la produzione di femmine. Analoghi risultati avrebbe ottenuti Hertwig sperimentando con i girini, King con i rospi e Issakowitsch con i dafnidi.

Si ritenne anche avesse molta influenza la quantità di nutrimento. Landois nella *Vanessa urticae*, Siebold nel *Nematus ventricosus*, Creat in alcuni lepidotteri trovarono che l'abbondanza di alimentazione favorisce straordinariamente la produzione di femmine. Anche per l'uomo fu sostenuto che sulla determinazione del sesso avessero influenza differenti alimentazioni, nonchè l'età dei genitori, la parità della madre, lo stato di salute di ciascuno dei coniugi, ecc. Tali deduzioni furono fatte in base a statistiche, la cui utilità nel campo di ricerche in quistione è molto dubbia. Certo è che Schultz nei mammiferi constatò che il digiuno non aveva alcun effetto sulla proporzione dei sessi.

Schmankewitsch nei cladoceri, dofnie e moina trovò che un aumento del contenuto salino dava prevalentemente maschi, un abbassamento solo femmine. Langhans credette che con l'abbassarsi della temperatura e con l'aumento di CO_2 dell'acqua si producano più maschi. Alexander spe-

rimentando sui topi trovò che trattando le madri con corrente elettrica si hanno prevalentemente maschi.

Tutti questi esperimenti per la tecnica con la quale sono stati condotti o per le deduzioni unilaterali o affrettate che se ne sono ricavate offrono il fianco alla critica. In realtà i risultati degli esperimenti stessi dimostrerebbero che i fattori temperatura, alimentazione, concentrazione salina, elettricità, essiccamento, ecc., più che sulla determinazione del sesso, agiscono in vario modo sugli individui di vario sesso; si tratterebbe di una varia resistenza dei due sessi in confronto dei fattori stessi.

La determinazione del sesso sarebbe, secondo alcuni, influenzata da increti di glandule endocrine (ovaio, testicolo, surrenali); ma le ricerche eseguite al riguardo sono poco persuasive.

L'emicastrazione del padre o della madre non ha alcuna influenza sui rapporti numerici dei sessi della prole.

Si è pensato e sostenuto da alcuni che il sesso è in funzione della maturità delle uova. Thury aveva osservato che nascono più femmine quando le vacche sono coperte al principio del calore, mentre prevalgono i vitelli se le vacche sono coperte alla fine del calore. Düsing in base a statistiche affermò che l'uovo giovane produce una femmina, l'uovo vecchio un maschio. Pflüger tentò di verificare queste affermazioni nelle rane, ma non potè giungere a conclusioni concrete. Invece Hertwig e Kuschakewistsch giunsero a conclusioni positive. Pearl trovò che nella gatta la fecondazione tardiva dà aumento di maschi, e così nei cani e nei cavalli. Seiler sperimentando su di una farfalla, la *Taleporià tubulosa*, facendo attendere il massimo possibile, cinque giorni, la fecondazione delle uova si ha un numero doppio di maschi. Ricerche al riguardo sull'uomo furono eseguite da molti autori e più recentemente da Bolaffio che seguì donne fecondate durante la licenza del marito militare o che avevano avuto coabitazione unica. Egli trovò che il contatto fecondante da 5 giorni prima a 2 giorni dopo dell'inizio della mestruazione dà origine in 9/10 a prole femminile, e dal 3° al 12° giorno a prole maschile in 3/4 dei casi.

Sembra dunque dimostrato che il grado di maturazione dell'uovo ha influenza sulla determinazione del sesso, e questo fatto è collegato al numero ed alla forma dei cromosomi.

Henking scoprì in un insetto, *Phyrrhocoris apertus*, due tipi di spermatozoi, di cui uno aveva un cromosoma in più dell'altro; e Mc Clung emise l'ipotesi che questo cromosoma accessorio o eterocromosoma, o cromosoma X, fosse il determinatore del sesso, onde il nome di cromosoma sessuale. Wilson e miss Stevens trovarono che analogo dimorfismo esiste nelle uova, in alcune delle quali si trovano due cromosomi X. Quando l'uovo subisce la prima divisione di maturazione, ne derivano due altre uova mature, ciascuna con un cromosoma X, mentre dei due spermatozoi maturi uno solo ha il cromosoma accessorio, e sarà quello che unendosi all'uovo dà la femmina, mentre l'altro, privo del cromosoma X, darà un maschio. Molte specie animali, uomo compreso, presentano questo particolare reperto morfologico.

Siccome in molte specie il 50 % degli spermatozoi sono di una qualità ed il 50 % dell'altra, si spiega che in condizioni normali il numero dei rappresentanti dei due sessi tenda ad essere uguale. Nell'uomo si avrebbero uova mature a 24 cromosomi e gli spermatogeni a 47 cromosomi per modo che nella divisione si avrebbero spermatociti a 23 e 24 cromosomi.

Da tali dati di fatto risulterebbe confermato che fin dall'anfimissi è determinato il sesso nell'uovo fecondato in quanto esso è legato al numero ed alla forma dei cromosomi.

E poichè i cromosomi sono da una parte legati ai fenomeni della determinazione del sesso e dall'altra con quelli ancor più complessi della eredità, si può dedurre che sesso ed eredità abbiano intimi rapporti tra loro fino a confondersi insieme. Si è cercato anzi di applicare alla trasmissione del sesso le leggi di Mendel. Il sesso femminile è stato considerato omozigota cioè portatore dei due caratteri sessuali eguali, mentre il sesso maschile è stato considerato eterozigota, cioè portatore di elementi maschili e femminili. Si comprende quindi come d'incrocio si abbia il 50 % di femmine ed il 50 % di maschi. Queste conclusioni ed altre analoghe sono state variamente discusse e contraddette.

Alcuni biologi come Morgan, Goldschmidt, Artom, Beccari, ritengono che nessuno dei due sessi sia omogametico, ma avrebbe sempre i caratteri di entrambi i sessi, dei quali uno recessivo, completamente dominato dall'altro, ma che talvolta può rilevarsi.

In ogni individuo adunque esisterebbe mascolinità e femminilità, l'una o l'altra recessiva, per modo che un perturbamento qualsiasi della nutrizione, della funzione delle glandole endocrine o di altri organi e sistemi, o di altri fattori ignoti potrebbero far ricomparire nell'ulteriore sviluppo somatico e psichico caratteri latenti del sesso opposto.

argo.

POLITICA SANITARIA E GIURISPRUDENZA. *

CONTROVERSIE GIURIDICHE.

LXXVIII. — Il servizio militare agli effetti degli aumenti periodici.

È necessario riesaminare la quistione dipendente dalla applicabilità agli impiegati degli enti locali delle disposizioni concernenti la efficacia del servizio militare agli effetti del collocamento nei quadri di classificazione degli stipendi.

Le difficoltà di una risoluzione netta dipendono dalla formulazione delle disposizioni stesse, in quanto i rapporti tra impiegati ed enti locali sono regolati, per l'obbietto ora in esame, mediante semplice estensione ad essi delle norme stabilite per gli impiegati dello Stato. Ma l'ordinamento degli uffici e degli impieghi dello Stato è profondamente diverso da quello degli enti locali, il quale non corrisponde nemmeno ad un tipo determinato, ma ha una complessa varietà di forme: vi sono impieghi ordinati gerarchicamente; altri sono costituiti da posti unici o da più posti ma senza progressione di carriera. Anche il sistema del trattamento economico è diverso. È quindi cagione di gravi difficoltà, talvolta insuperabili, l'applicazione estensiva a rapporti diversi di norme proprie di altri rapporti d'impiego. Così è accaduto per le disposizioni concernenti l'assunzione degli invalidi della guerra disoccupati e le preferenze nei concorsi per benemerenze militari.

Le norme furono stabilite per gli impieghi statali, cioè in considerazione dell'ordinamento gerarchico dello Stato, e poi furono estese agli enti locali senza altre determinazioni che potessero almeno giovare come guida al fine di adattare quelle norme al diverso e vario ordinamento degli impieghi degli enti locali. Così è accaduto anche per le disposizioni del Capo IV del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, e specialmente per quella dell'art. 43 che riguarda la efficacia del servizio militare agli effetti del collocamento nei quadri di classificazione degli stipendi. Già accennai a tale quistione. Aggiungo ora alcune delucidazioni che mi sembrano necessarie, specialmente in considerazione dei quesiti che da più parti sono stati formulati.

Occorre anzitutto precisare il contenuto e la finalità del citato decreto 30 settembre 1922. Questo contiene disposizioni circa la carriera del personale dello Stato contemplato dalla legge 30 agosto 1921, n. 1080, e stabilisce nuove tabelle di stipendi (allegati A e B) annessè al decreto stesso.

Soggiunge l'art. 64 che queste tabelle sarebbero state applicate con decorrenza dal 1° aprile 1922. Si provvide, dunque, ad un riordinamento del trattamento economico in base a tabelle nuove. Con disposizione transitoria, relativa s'intende a tale riordinamento, fu stabilito così all'art. 43 del decreto: « Agli impiegati ed agenti civili di ruolo nelle amministrazioni dello Stato, compresi i magistrati, i capi e gli insegnanti degli istituti di istruzione superiore e media e agli avventizi che a norma di disposizioni in vigore abbiano titolo a sistemazione in ruolo, i quali, durante la guerra 1915-1918, abbiano prestato con buona condotta servizio in reparti combattenti, in qualità di militari o assimilati, il tempo trascorso nei reparti suddetti sarà computato, per gli effetti del collocamento nei quadri di classificazione degli stipendi, in aumento all'anzianità utile. Qualora, nel computo complessivo di tale tempo risulti una frazione di anno, questa sarà considerata soltanto quando sia superiore a sei mesi, ed in tal caso sarà valutata per un anno intero. Il tempo trascorso lontano dai reparti combattenti, per ferite o malattie contratte a causa di servizio o per prigionia non dipendente da circostanze imputabili all'interessato, si considera come passato presso i reparti suddetti, agli effetti del collocamento di cui al presente articolo ».

Trattandosi di una norma transitoria che era applicabile agli effetti del riordinamento del trattamento economico, in base a nuove tabelle e con effetti dal 1° aprile 1902, il Consiglio di Stato ha ritenuto che l'art. 43 regoli la condizione degli impiegati dello Stato i quali abbiano prestato servizio, ecc. ecc., sia che essi abbiano assunto la qualità di impiegati prima di essere chiamati alle armi, sia che l'abbiano assunta dopo ma non più tardi del 31 marzo 1922. E ciò appunto perchè, riferendosi quella norma al riordinamento che si doveva fare con decorrenza dal 1° aprile 1922, la condizione regolata era quella degli impieghi esistenti, cioè già costituiti alla data in cui il nuovo ordinamento doveva essere eseguito.

È da avvertire, però, che l'art. 164 del R. D. 11 novembre 1923, n. 2395, sull'ordinamento gerarchico delle amministrazioni dello Stato, dispose che i benefici di cui al Capo 4 del R. D. 30 settembre 1922 e successive estensioni e modificazioni, *s'intendono concesse* anche al personale ex-combattente che si trovi nelle condizioni ivi indicate, il quale sia entrato a far parte dell'Amministrazione dopo il 31 marzo 1922. Questa norma

(*) La presente rubrica è affidata all'avv. GIOVANNI SELVAGGI, esercente in Cassazione, consulente legale del nostro periodico.

è stata considerata di carattere *interpretativo* perchè non attribuisce un diritto ma dice che si *intendono* concessi i benefici stabiliti con le norme anteriori. Quindi è da ritenere che la disposizione dell'art. 43 sia applicabile anche agli impiegati dello Stato assunti dopo il 1° aprile 1922, per interpretazione autentica risultante dall'articolo 164 del R. D. 11 novembre 1923. Questo articolo, per altro, con disposizione innovativa attribuì lo stesso diritto anche a coloro che sarebbero entrati in futuro a far parte della pubblica Amministrazione, con effetti, s'intende, sulla sistemazione in organico e sull'inquadramento. Questo è il complesso delle disposizioni riguardanti gli impiegati dello Stato. Vediamo ora come esso possa essere esteso agli impiegati degli enti locali.

L'art. 3 del decreto 24 settembre 1923, n. 2073, dispose così: « Sono inoltre estese, *in quanto siano applicabili* agli impiegati degli enti suddetti, le disposizioni del Capo IV del R. D. 30 settembre 1922, n. 1290, nonchè quelle dei RR. DD. 18 dic. 1922, n. 1637, e 17 maggio 1923, n. 1284 ». Nel Capo IV del decreto del 30 settembre 1922 è compreso l'art. 43 del quale abbiamo esaminato il contenuto; quindi le disposizioni di esso, in quanto applicabili, riguardano anche gl'impiegati degli enti locali.

Prima quistione. L'art. 43 si applica anche a coloro che non erano in servizio quando furono chiamati alle armi o non erano ancora nemmeno laureati? Io credo che la risposta debba essere affermativa. La legge considera, per effetti particolari, il servizio militare prestato presso reparti combattenti indipendentemente dalla esistenza di un rapporto d'impiego al tempo in cui fu prestato il servizio militare. Lo scopo della legge non è stato quello di avvantaggiare gli impiegati in considerazione di eventuale ritardo di una carriera già in corso, per effetto della chiamata alle armi; si è voluto, invece, favorire la condizione di coloro che, per la difesa della patria, si esposero alle fatiche e ai rischi della guerra in reparti combattenti e si è voluto premiare meritatamente coloro che tale dovere compirono facendo parte di reparti combattenti.

La decisione 12 marzo 1926, n. 66 della V Sezione del Consiglio di Stato risolve nettamente in tal senso il dubbio e considera utile anche il servizio prestato da coloro che non erano impiegati quando furono chiamati alle armi. Per le stesse ragioni identica è la condizione di coloro che non soltanto non erano impiegati ma non avevano ancora acquisito il titolo per esserlo.

Seconda quistione. La disposizione sudetta è applicabile anche a coloro che furono assunti dopo il 31 marzo 1922? Io inclino a ritenere di sì, perchè l'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923 estende agli enti locali le disposizioni del Capo IV e non richiama, nè avrebbe potuto richiamare, quelle dell'art. 64 che fissa per gli impiegati dello Stato l'applicazione di nuove tabelle dal 1° aprile 1922. È stata estesa, in quanto applicabile, una norma specificata che, pur avendo carattere transitorio nel *sistema* della legge alla quale essa appartiene, è stata richiamata senza riferimento a quelle altre norme che ne limitavano la efficacia nel tempo. In sostanza, l'art. 3 del decreto 24 settembre 1923 ha esteso agli impiegati degli enti locali la disposizione dell'art. 43, la quale contiene la norma applicabile agli effetti del collocamento nei quadri di classificazione senza limitazione di tempo. Se per gli impiegati degli enti locali fosse stato stabilito un riordinamento del trattamento economico e, in occasione di esso, fosse stato stabilito che, agli effetti dell'inquadramento e dell'ordinamento nuovo, si dovesse tener conto del servizio prestato in reparti combattenti, si potrebbe derivarne la conseguenza che fu estesa la norma dell'art. 43 con effetti limitati alla data del riordinamento. Ma questa ipotesi non si verifica.

Per altro, l'art. 43 fu poi *considerato* applicabile, come si è detto, agli impiegati dello Stato assunti dopo il 31 marzo 1922 e lo stesso beneficio fu concesso anche a quelli che sarebbero stati nominati successivamente, cioè dopo il R. D. 11 novembre 1923, n. 2395. Ora, specialmente per quanto riguarda la efficacia interpretativa risultante dall'art. 164 di quest'ultimo decreto in relazione al citato art. 43 del decreto del 1922, si deve ritenere che, essendo anteriore il decreto 24 settembre 1923 che estese agli impiegati degli enti locali la disposizione dell'art. 43, *la interpretazione* autentica che successivamente fu fatta nello stesso articolo vale anche per gli impiegati degli enti locali.

Piuttosto è da considerare un altro limite: si deve ritenere che il servizio militare in reparti combattenti, ecc. ecc., sia valutabile per tutti gli impiegati che saranno quando che sia assunti in servizio di enti locali o invece sia efficace soltanto per coloro che erano in servizio quando entrò in vigore l'art. 3 del decreto 24 settembre 1923? In difetto di una speciale disposizione, come quella che fu poi stabilita per gli impiegati dello Stato che sarebbero stati assunti in servizio dopo il R. D. 11 novembre 1923, e in considerazione del carattere transitorio della disposizione dell'art. 43, si può ritenere che questa sia applicabile ai rapporti di impiego che erano in vigore alla data in cui entrò in vigore il decreto 24 settembre 1923, n. 2073, che estese allora agli impiegati degli enti locali la disposizione dell'art. 43.

Mi limito per ora a questo accenno, riservando

di fare a parte un esame completo di questo punto discutibile.

Terza quistione. La valutazione del servizio, che l'art. 43 stabilisce « agli effetti del collocamento nei quadri di classificazione degli stipendi » è applicabile agli aumenti periodici? Dal punto di vista strettamente letterale, la norma relativa agli impiegati dello Stato, riguarda l'anzianità del servizio ai fini dell'inquadramento e della misura degli stipendi risultanti dalla tabella. Ma, tenuto conto della finalità della legge, io sono persuaso che quella norma, in sede di applicazione agli impiegati degli enti locali, comprenda la misura degli stipendi dipendenti dalla durata del servizio, cioè gli aumenti periodici

Quindi per i medici condotti, veterinari, ecc., che prestarono servizio in reparti combattenti, anche se allora non erano impiegati del Comune, si deve tener conto del servizio stesso agli effetti degli aumenti periodici.

Quarta quistione. È efficace il servizio prestato in zona di guerra se non risulti specificatamente che l'impiegato abbia fatto parte di reparti combattenti? Questo quesito, molto semplice, è stato esaminato dal Consiglio di Stato in sede consultiva. Il Consiglio comunale di Senigallia aveva stabilito così: « Agli effetti degli aumenti periodici di stipendi e salari, le campagne riconosciute dalla autorità militare, saranno computati come tanti anni di servizio da cumularsi con quelli già per ciascun impiegato o salariato calcolati agli effetti stessi ». Ma il Consiglio di Stato, con parere 10 marzo 1926, ha considerato che con questa disposizione il beneficio che il legislatore vuole limitato al tempo trascorso in reparti combattenti, è esteso indistintamente al servizio comunque prestato nelle *campagne di guerra;* così viene migliorata la posizione degli impiegati degli enti locali in confronto degli impiegati governativi e dei veri combattenti e si compie un atto di liberalità non consentito dalla legge.

Per queste considerazioni il Consiglio di Stato ha dato parere favorevole all'annullamento della deliberazione del Consiglio comunale e della G. P. A. in quanto estendeva alle campagne di guerra in genere quel beneficio che la legge limita a coloro che hanno prestato servizio in reparti combattenti. La risoluzione mi sembra ovvia e corretta. Il parere è importante, però, perchè implicitamente ma necessariamente risolve in senso favorevole alla mia tesi la terza quistione, alla quale ho sopra accennato, riconosce cioè che il servizio prestato in reparti combattenti è valutabile agli effetti degli aumenti periodici degli stipendi.

Da questo esame risulta che alcuni dubbi non sono facilmente risolubili e saranno fonte di incertezze.

Sarebbe assai utile ed opportuna una chiarificazione legislativa, in forma di interpretazione autentica dell'art. 3 del R. D. 24 settembre 1923, n. 2073, così per le preferenze nei concorsi — che sono ora più di prima argomento di controversie aggravate dal disorientamento attuale della giurisprudenza — come per gli altri benefici che l'art. 3 ha attribuito agli impiegati degli enti locali ex-combattenti estendendo ad essi norme stabilite per gli impiegati dello Stato.

LXXIX. — Sostanze alimentari non genuine.

Agli effetti degli articoli 319, 320 e 322 Codice penale sono considerate *sostanze alimentari* i prodotti destinati al nutrimento dell'uomo, di prima necessità o voluttuarie. Il caffè *è considerato* sostanza alimentare. Soggiunge la Corte di Cassazione penale (sentenza 18 giugno 1926 ric. Rossi) che si considerano sostanze non genuine quelle alle quali sia stata mescolata un'altra materia che ne riduca le qualità nutrienti o la efficacia ovvero — in caso di sostanze aromatiche come il caffè — ne attenui l'*euforia.* Ha notato, fra altro, la Corte di Cassazione che la legge sul dazio (tariffa) del 24 settembre 1923, n. 2030, ed il regolamento del 25 febbraio 1924, n. 540 (art. 30) tra le sostanze necessarie alla alimentazione, ossia tra i commestibili, indicano appunto il caffè; e la Commissione della Camera dei Deputati nella sua relazione sulla norma che è ora l'art. 322 del Codice penale, come esempio delle sostanze che potevano formare obbietto del reato, indicava (paragr. 92) il caffè sostituito da altre materie.

Nel caso in esame era stata applicata la disposizione dell'art. 322 del Codice sudetto, la quale punisce con la reclusione sino ad un mese e con la multa da lire cinquanta a cinquecento chiunque pone in vendita o mette altrimenti in commercio come genuine sostanze alimentari non genuine, ma non pericolose per la salute. Ha detto correttamente il Collegio Supremo che anche l'attenuazione delle speciali proprietà delle sostanze aromatiche, compresa l'euforia, costituisce alterazione e che la vendita di tali sostanze non genuine è compresa nella ipotesi dell'art. 322.

L'art. 319 punisce invece il fatto più grave di chi contraffà o adultera in modo pericoloso alla salute sostanze alimentari o medicinali o altre cose destinate ad essere poste in commercio ovvero pone in vendita o mette altrimenti in commercio tali sostanze o cose contraffatte o adulterate. L'art. 320, infine, prevede il caso di chi pone in vendita sostanze alimentari non contraffatte nè adulterate ma pericolose alla salute senza che questo pericolo sia noto al compratore. In tutti questi casi si tratta di delitto.

NELLA VITA PROFESSIONALE.

CONCORSI.

POSTI VACANTI.

ARCE (*Caserta*). — Due cond.; scad. 31 dic.; vedi fasc. 50.

BORMIDA (*Genova*). — A tutto dic.; L. 8400 oltre L. 599 uff. san. e L. 1200 c.-v.; età lim. 35 a.; tassa L. 50.05. Ab. 906; pov. 50 c.

BREMBIO (*Milano*). — Scad. 31 dic.; L. 11.500 oltre indennità poveri, cavalc., uff. san.; quadrienni. Il Comune non ha locali per l'abitaz. Tassa L. 50.15.

CASTEL CIVITA (*Salerno*). — Scad. 14 gen. L. 7000 e 5 quadr. dec.; L. 1000 cav. Tassa L. 50.10.

CRESPINO DEL GRAPPA (*Treviso*). — Età lim. 40 a. Tassa L. 50.10. Stip. L. 7500 pel 20 % popolaz., addizion. L. 5, per uff. san. L. 600; 5 quinq. dec.; c.-v.; L. 3500 autovettura o cavallo; L. 4000 dagli Istituti Pii. Chiedere ann. Scad. 30 gg. dal 7 dic.

GROTTAMINARDA (*Avellino*). — Scad. 23 dic.; Lire 6500 (*sic*); età lim. 45 a.; tassa L. 50.

MANTOVA. *Consiglio Ospitaliero*. — A tutto 30 dic.; vedi fasc. 50.

MUGGIA (*Venezia Giulia*). — Al 10 gennaio; L. 8000 e 4 quadr. dec.; c.-v.; L. 300-3000 trasp.; addiz. L. 2 sopra 1000 pov. Età lim. 35 a. Tassa L. 50. Serv. entro 15 gg.

PARMA. *Ospedale Maggiore*. — Assist. effett.; L. 4500, oltre L. 1800 c.-v. e L. 600 indenn. speciale. Età lim. 35 a. Tassa L. 25. Specchietto votazioni. Chiedere annunzio.

ROMA. *S. P. Q. R.* — Trenta medici per il servizio di pronto soccorso sanitario notturno presso le Farmacie convenzionate del Governatorato. Vedi fasc. 50.

ROCCASTRADA (*Grosseto*). — Scad. 31 dic.; 5ª condotta; L. 10.500; età lim. 35 a.; tassa L. 50.

SONDRIO. *Manicomio Provinciale*. — Medico primario; a tutto il 31 dic.; titoli scientifici e pratici; L. 11,000 e 6 quadrienni dec.; c.-v.; alloggio. Età lim. 40 a. Tassa L. 50.05. Chiedere ann. Rivolgersi Reale Commissione Straordinaria Amministratrice della Provincia.

TORRE S. MARIA (*Sondrio*). — Con Spriana. Scad. 8 gen.; L. 8500 oltre c.-v. in L. 1980; cavalcatura ind. massima consentita; uff. san. L. 500; indenn. trasf. L. 750. Tassa L. 50.05 Chiedere esteso avviso.

VILLAFRANCA D'ASTI (*Alessandria*). — 2ª cond., consorzio 3 com.; L. 7500 e quinquenni dec., oltre L. 1500 trasp.; età lim. 45 a. Scad. 30 dicembre. Ab. 4920.

VILLA S. MARGHERITA. *Istituto Ortopedico Toscano* (viale Michelangelo, 25). — Medico chirurgo aiuto; tit. ed esame; L. 9000 e percentuali; età lim. 35 a. Scad. ore 17 del 10 gen. Nom. annua; conferma triennale. Rivolgersi Direz. amministrativa.

VITTORIO VENETO (*Treviso*). — III reparto; scad. 30 dic., ore 18; L. 8000 oltre c.-v., L. 2000 motocicletta o L. 3500 autovettura 5 quinq. decimo. Biennio di serv. lodevole in osped. o condotta. Età lim. 40 a. Ab. 5190; pov. c. 1160.

CONCORSI A PREMI.

Premio Hoffmann La Roche.

La Segreteria della Società Italiana di Medicina interna comunica:

Col 31 dicembre p. v. scade il termine per la presentazione delle domande di ammissione al primo Premio Hoffmann La Roche, di L. 10,000.

Detto premio verrà conferito al migliore lavoro di *Terapia medica* a carattere strettamente scientifico, non riguardante rimedi secreti, nè specialità medicinali, pubblicato nel biennio 1925-26.

I lavori dovranno essere inviati alla Segreteria della Società Italiana di Medicina interna, entro le ore 16 del 31 corrente.

Per ulteriori schiarimenti, rivolgersi al segretario della Società, prof. Giuseppe Sabatini, R. Clinica Medica, Policlinico Umberto I, Roma.

NOMINE, PROMOZIONI ED ONORIFICENZE.

Il prof. Cesare Frugoni è chiamato, con voti unanimi, a coprire la cattedra di Clinica medica della R. Università di Padova.

Rallegramenti cordialissimi.

Il Consiglio dei Ministri ha nominato presidente della Commissione Amministratrice degli Ospedali Riuniti di Roma il gr. uff. dott. Adolfo Cotta, già prefetto di Verona, in sostituzione del comm. Vitetti, che da circa cinque anni copriva questa carica e che è stato destinato prefetto a Piacenza.

Il prof. sen. Luigi Mangiagalli è nominato ministro di Stato e con speciale provvedimento è confermato rettore della R. Università di Milano. Congratulazioni vivissime.

Il prof. Sertoro Marinacci, già docente di Patologia chirurgica presso la R. U. di Roma, ha di recente conseguito per titoli la docenza in Clinica chirurgica e Medicina operatoria.

La Commissione Ministeriale era composta dei proff. Burci, Muscatello, d'Agata.

Il dott. Antonio Grusovin di Gorizia è stato fregiato della medaglia d'argento al valor civile.

BIOGRAFIE.

Emil Kräpelin.

Pallida mors aequo pulsat pede
Pauperum tabernas regumque turres
Horatius

La sentenza oraziana non è completa, perchè non solamente le fragili torri dei re, ma anche i tempi della scienza, e sopratutto di quella scienza destinata a far del bene, vengono colpiti dalla falce inesorabile della morte. A questi benefattori de l'uomo che soffre nel più nobile dei suoi organi, il cervello, appartenne Emilio Kraepelin.

Aveva respirato l'atmosfera dell'allora modestissimo Laboratorio del Manicomio di Monaco in cui Bernhardt von Gudden scopriva metodi nuovi per diradare le profonde tenebre in mezzo alle quali si avvolgeva la minuta fabbrica del cervello. Gli allievi gareggiavano in quell'epoca a rendere anche più celebre il Maestro. La Psichiatria non era certamente bambina, perchè clinici eminenti che rispondevano al nome di Schüle e di Griesinger, liberatisi dalle pastoie di una metafisica un po' nebulistica, già comprendevano che, senza le conoscenze anatomiche del cervello sano e malato, questa fra le discipline mediche nobilissima non poteva essere compresa. A Gudden spettò il merito di rompere definitivamente le vecchie tradizioni: egli riuscì a trovare una serie di molteplici vie (associative) atte a far comprendere come potessero funzionare sinergeticamente parti fra loro anche lontane dell'encefalo. I due indirizzi clinici ed anatomici trovarono i loro assertori in Monakow, in Nissl, in Augusto Forel e nel nostro Kraepelin. Il quale, desideroso di darsi completamente allo studio della psichiatria, rivide qua e là le descrizioni essenzialmente analitiche e soverchiamente individualistiche dello Schüle. E vi riuscì talmente che chiamato ancora giovane ad una grande Università, come Dorpat, si rivelava maestro già in un primo trattato di psichiatria.

Ma la sua mente sintetica non poteva rinchiudersi entro la cerchia di una pura e semplice semeiografia, ed ecco perchè volle fin d'allora penetrare a fondo nello studio non solo delle oscure e variabili manifestazioni delle psicopatie, ma anche dei molteplici attributi della mente normale si da apprezzarne gli equivalenti fisici e possibilmente misurarne il valore. Così diveniva alleato della psicologia sperimentale fondata dal grande Wundt, la quale per integrarsi doveva dimandare aiuto anche alla patologia. E ne sono testimoni i suoi « Arbeiten » ai quali hanno posto mano più generazioni di lavoratori del pensiero, accorsi al suo Istituto dall'uno e dall'altro mondo. Siano quì ricordati la curva del lavoro, cui Kraepelin assegnava tanto valore, e le indagini sull'influenza, che i vari rimedi farmaceutici esercitano sui processi psichici elementari. Esse gli permettevano di dimostrare ai più scettici il danno che deriva alla mente dall'abuso e dall'uso dell'alcool; onde la sua guerra implacabile alle bevande alcooliche non era, come fu costume di ripetere per lo passato, pregiudizio scientifico, ma conseguenza logica di quanto i saggi mentali genialmente ideati e le curve grafiche gli avevano insegnato.

Intanto si andava estendendo il problema della base anatomica delle malattie mentali: e s'imponeva sopratutto il postulato che le singole forme psicopatiche dovessero trovare un equivalente nelle fine alterazioni delle cellule e delle fibre nervose.

Il postulato non fu risolto secondo si riteneva, ma non per questo furono vane quelle serie numerose di ricerche le quali condussero a stabilire la patogenesi di alcune malattie mentali, quali ad esempio la demenza paralitica e la presbiofrenia. Anzi si può dire che tutta l'anatomia patologica di questa ultima psicosi divenne chiara e manifesta grazie allo studio indefesso di uno dei più cari allievi di Kraepelin, l'infaticabile Alzheimer. Mi sia lecito rammentare che il

periodo di maggiore attività di quest'ultimo si esplicò insieme a due miei diletti discepoli, Gaetano Perusini e Francesco Bonfiglio; talchè la denominazione « malattia di Alzheimer-Perusini » è entrata ormai in tutte le classificazioni delle psicosi.

Così si andava maturando nella mente del grande psichiatra il concetto fondamentale, che lo studio dei problemi psichiatrici debba costituire una specie di albero, i cui rami siano rappresentati dalle indagini praticate non solo sugli umori (siero e sangue) dei malati di mente, ma anche sulla genealogia diretta e indiretta dei pazienti, sì da porre vieppiù salde le fondamenta di quella che oggi si chiama eugenetica. Questo concetto che Kraepelin pose a termine, attraverso le difficoltà enormi create dalla guerra, fu coronato da inaspettato successo; dappoichè proprio alla fine del 1918, in mezzo alle sciagure della sua patria, egli vedeva finalmente sorgere a Monaco quell'Istituto tedesco per le ricerche sul cervello che ora, grazie agli aiuti piovuti da ogni parte del mondo, serve di modello a quanti hanno in animo di concorrere allo studio degli ognor più crescenti quesiti della psichiatria.

Non è quindi a meravigliare se questa Scuola abbia creato numerosi ricercatori, molti dei quali occupano cattedre nelle più diverse Università di Germania e di Norvegia: ricordo Gaupp a Tübingen, Willmanns ad Heidelberg, Weygandt ad Amburgo, F. Vogt a Stockolm, allievi che facevano degna corona al grande precettore, al modo stesso con cui Spielmeyer, Plaut, Spatz e Rudin onorano l'Istituto che egli volle e riuscì a creare.

Forte di un tale corredo di studi il Kraepelin ha avuto il diritto di rivedere varie delle più difficili forme di malattie mentali. È ancora viva la lotta fra quanti accettano la sua concezione sulla *dementia praecox* e quelli che ancora tentennano nel denominarla con un appellativo soverchiamente ominoso. Ma — questione di nomenclatura a parte — spetterà sempre al Kraepelin indiscutibile il merito di avere messo in luce le caratteristiche cliniche di questa fra le varie psicosi oscurissima; e sopratutto di avere richiamata l'attenzione sulla enorme frequenza della malinconia e di quegli stati morbosi della psiche svolgentisi con ciclo periodico, e che a profani e ai medici passano inosservati; forse perchè, secondo la frase felice di uno scrittore di Francia, « nous sommes presque tous périodiques ».

Il maestro però non si contentava di esporre in un manuale, che ha veduto già sette edizioni, il decorso e la semeiografia delle varie psicosi. Secondo i costumi antichi, sì, ma sempre freschi, dell'insegnamento clinico, egli volle illustrare ad uso dei tironi, i casi più difficili di malattie mentali, che gli capitavano sotto mano. Perciò negli ultimi anni di sua vita si decise di dare alle stampe una serie di lezioni, nelle quali con parola facile e con dialettica meravigliosa, intendeva indirizzare la gioventù a formulare diagnosi precise.

Ma a lui, quasi presago di una fine non molto lontana, sembrava che venisse meno il tempo per la soluzione dei vasti problemi che il progresso delle scienze gli prospettava ogni giorno più. Così lo vediamo nella pienezza delle sue facoltà di mente e di corpo abbandonare volontariamente la cattedra, per ritirarsi nella sua villa di Pallanza, sotto quel cielo d'Italia di cui era innamorato, a scrivere e a meditare sui risultati della sua esperienza clinica. Di lui poteva ripetersi come di Cicerone: « Si hortum cum bibliotheca habebis, nihil deerit ». Ma anche là, smanioso di penetrare a fondo nei nuovi problemi terapeutici, non poteva egli rimanere indifferente dinanzi alla cura malarica della paralisi progressiva, che, sorta in Austria per opera di Wagner v. Jauregg si era diffusa in Germania prima e nel resto del mondo poi. Onde sebbene settantenne, non si peritò di recarsi, col suo collega di lavoro Plaut, fra le popolazioni indigene di America per indagare da che derivi la quasi immunità di queste popolazioni dalla terribile malattia. Ed ora già apparecchiavasi ad un nuovo viaggio scientifico in Oriente, quando lo colse grave una malattia, cui forse non fu estraneo il lavoro dirò quasi eccessivo, senza il quale i tedeschi non possono vivere.

Come il grande fisiologo Haller, pochi minuti prima di morire, col pensiero rivolto alla fisiologia, tastandosi il polso, esclamava: « non batte più », così Kraepelin fino agli ultimi istanti di vita, pensò, correggendo le bozze di stampa del suo trattato, a quello che era stato unico scopo dei suoi lavori. E dando uno sguardo retrospettivo all'opera sua di psichiatra e di psicologo, avrebbe avuto diritto di esclamare, nel momento di separarsi dal mondo: « Cursum feliciter cosumavi ».

G. MINGAZZINI.

NOSTRE CORRISPONDENZE.

Una visita all'Ospedale Garibaldi di Melito Porto Salvo.

Oppido Mamertina.

Ebbi occasione di andare a Melito Porto Salvo e di avere l'onore di essere ospite per due giorni dell'illustre prof. Tiberio Evoli, che, con la solita sua squisita gentilezza, ha messo a mia disposizione una magnifica camera nel suo Ospedale Garibaldi. Dico suo, e non a caso, perchè egli ne è l'anima, come fu l'ideatore ed il fondatore.

Non avevo visitato pria di ora questo gioiello di Ospedale, che è il solo che eccelle fra gli altri di Calabria, gareggiando coi migliori ospedali d'Italia.

E più che un semplice ospedale è un Policlinico.

Costruito di pianta, in luogo amenissimo, circondato da ampi ed incantevoli giardini, in prossimità della stazione ferroviaria, consta di due piani, divisi in vari padiglioni per i diversi servizi e per la degenza degli infermi.

La installazione interna è stata eseguita secondo i più moderni criteri d'igiene e di confort. Tutte le camere sono fornite di riscaldamento a termosifone e di luce elettrica. Vi è un ascensore elettrico per il trasporto degli ammalati, anche su lettighe. Vi è una rete di campanelli elettrici ed il telefono che mette l'ospedale in comunicazione diretta con Reggio, con gli altri centri della Provincia e con Messina.

Vi è un reparto Ostetrico-Ginecologico con annesso Istituto di Maternità, che non è da meno alle più evolute cliniche delle maggiori città, diretto da quello scienziato e valente operatore che è il prof. Tiberio Evoli, autentica illustrazione calabrese. Egli, da che per esclusiva opera sua l'ospedale ebbe vita, ne fu sempre il vigile e geloso direttore, e sotto la sua sapiente guida l'ospedale ha preso uno sviluppo meraviglioso.

In questo reparto vi è come aiuto un valorosissimo giovane, il dott Talia, a cui per la sua complessa e multiforme attività, per l'elevato ingegno e la non comune coltura, sorride certamente una splendida carriera. Egli dirige con vera competenza anche il reparto Röntgen, che è tra i più perfetti e completi del genere, provvisto com'è di potenti apparecchi. Si pratica con perfezione sorprendente la radiografia, la radioscopia, e con autentico successo la radiumterapia, la diatermia, l'elettroterapia, la fototerapia, ecc.

Il prof. Evoli ha nel dott. Talia il collaboratore più prezioso.

Vi è poi un reparto chirurgico diretto dal prof. Puglisi-Allegra, altra autentica celebrità nel campo della chirurgia, che alla valentia di esimio operatore, accoppia la signorilità di modi non comuni.

È suo aiuto un abile giovane chirurgo, il dott. Spatolisano, a cui non mancheranno i più lusinghieri successi.

Il reparto oculistico è affidato al chiarissimo prof. Alessandro, la cui nomea fa accorrere da ogni dove gli affetti da malattie oculari.

Si sta intanto procedendo all'arredamento completo di un gabinetto per analisi chimiche-microscopiche istologiche e ricerche scientifiche. Nulla si trascura affinchè l'ospedale sia all'altezza del còmpito che il suo animatore si è prefisso: un perfetto luogo di cura. Ed è, oltre un faro di scienza, la palestra di moltissimi giovani chirurghi.

In atto l'ospedale dispone di 60 letti ed è sempre al completo, tanto da dovere sovente rifiutare degli ammalati. Quanto prima però saranno eretti altri due grandi padiglioni ed il numero dei letti sarà elevato ad oltre cento.

Il complesso servizio ospedaliero non lascia niente a desiderare. Oltre una valente ostetrica, vi sono numerosi provetti infermieri e le Suore di Carità che con amore ed abnegazione esplicano il loro nobile mandato verso l'umanità sofferente.

Il ramo amministrativo, affidato all'egregio ragioniere Ascrizzi, funziona con meravigliosa esattezza e scrupolosità. L'ordine è in tutto sovrano.

Quando si pensa che per volere di un uomo, che con fede di apostolo ha persistito nell'opera grandiosa, questo ospedale in pochi anni ha assunto proporzione ed importanza tale da essere classificato fra i migliori d'Italia e giudicato dai più competenti un vero gioiello dell'arte ospedaliera, non possiamo che trovare ancora una volta vera quella celebre frase, che, scolpita a grossi caratteri e sormontata da una magnifica cornice, figura appesa ad una parete nel gabinetto direttivo dell'ospedale: «Il cuore è la leva di ogni grande azione».

G. TRIPODI.

NOTIZIE DIVERSE.

Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione.

Presieduto dall'on. Giovanni Gentile il Consiglio Superiore della Pubblica Istruzione ha tenuto la sua sessione ordinaria autunnale, particolarmente importante per l'esame degli atti dei concorsi universitarii, delle proposte di incarichi a professori di ruolo nella propria Facoltà o Scuola, delle proposte di apertura di nuovi concorsi universitarii.

Nelle prime tre adunanze il Consiglio ha adottato le seguenti deliberazioni:

Restituire con proposta di approvazione gli atti dei seguenti concorsi universitarii:

Cagliari. — Fisiologia: Clementi Antonio, Spadolini Igino, Visco Sabato.

Pavia. — Radiologia e terapia fisica: Balli Ruggero, Siciliano Luigi, Rossi Armando.

Sassari. — Chimica farmaceutica e tossicologia: Gastaldi Carlo, Puxeddu Ernesto, Charrier Gaetano.

Verona. — Al posto di direttore della scuola di ostetricia: Viana Odorico, Spirito Francesco, Bacialli Luigi.

Parere favorevole al trasferimento dei seguenti professori universitari: Bolognesi Giuseppe, stabile di Patologia chirurgica nella Università di Siena, alla cattedra di clinica chirurgica della stessa Università.

Ha designato la Commissione giudicatrice per la stabilità del prof. Beccari Lodovico: effettivi: Aducco Vittorio, Ducceschi Virgilio e Foà Carlo; supplenti: Agazzotti Alberto e Baglioni Silvestro.

Disposizioni concernenti l'istruzione superiore.

Un R. Decreto-Legge 27 ottobre 1926, n. 1933, pubblicato sulla «Gazzetta Ufficiale» del 24 nov.

1926, n. 271, contiene disposizioni concernenti la Istruzione Superiore, alcune nuove, altre modificanti Decreti e Decreti-Legge anteriori. Ne riporteremo larga parte in un prossimo numero.

Inaugurazione di anni accademici.

L'anno accademico della R. Università di Milano venne inaugurato con grande solennità il 21 novembre, presente S. A. il duca di Bergamo e delle maggiori autorità locali. Tenne il discorso inaugurale il rettore magnifico sen. Mangiagalli che tracciò le vicende dell'istituzione e ne preconizzò un sempre più ampio sviluppo nell'avvenire. Chiuse con le parole: « È un vecchio, o cittadini, o colleghi, o studenti, che vi rivolge la parola ed i vecchi sono veggenti! Guardate alla Università come ad un sacro retaggio poichè essa è corona intellettuale della nostra città, essa è una face che getterà luce nel mondo ».

Scuole di specializzazione presso l'Università di Milano.

In seguito alla approvazione testè avvenuta dello Statuto definitivo della R. Università di Milano da parte del Ministero della Pubblica Istruzione sono riaperte le iscrizioni fino al 31 dicembre 1926 alle seguenti Scuole di specialità per medici:

Chirurgia (durata 5 anni); Dermosifilopatia (durata 2 anni); Igiene (durata 2 anni); Malattie del ricambio (durata 3 anni); Medicina del lavoro (durata 3 anni); Medicina legale (durata 2 anni); Oculistica (durata 3 anni); Odontoiatria (durata 2 anni); Ortopedia (durata 3 anni); Ostetricia e ginecologia (durata 4 anni); Otorinolaringoiatria (durata 3 anni); Pediatria (durata 2 anni); Radiologia (durata 2 anni).

Per schiarimenti rivolgersi alla Segreteria della R. Università.

Scuola di specializzazione in Chirurgia.

La scuola di specializzazione diretta dal prof. R. Alessandri ha sede presso il R. Istituto di Clinica Chirurgica in Roma. Ha la durata di 5 anni. Vi sono ammessi soltanto laureati in medicina e chirurgia. Gl'iscritti (non meno di sei) hanno l'obbligo di frequentare il corso ufficiale di Clinica Chirurgica e le speciali conferenze ed esercitazioni che saranno loro destinate. Durante tutto l'anno presteranno, a turno, servizio nei diversi reparti dell'Istituto.

Gl'insegnamenti per il primo anno sono così ripartiti:

1) Clinica chirurgica generale: prof. Alessandri; 2) Ortopedia: prof. Dalla Vedova; 3) Traumatologia: prof. Crainz; 4) Tecnica degli apparecchi: dott. Valdoni; 5) Chirurgia d'urgenza: prof. Chiasserini· 6) Semejotica chirurgica: prof. Baggio; 7) Radiologia applicata alla chirurgia: prof. Bianchini; 8) Ricerche di laboratorio a scopo chirurgico: prof. Brancati.

Alla fine del primo anno gli inscritti devono dare una prova di esame in Ortopedia, Traumatologia, Tecnica degli apparecchi, Chirurgia d'urgenza. Negli anni successivi oltre al corso di Clinica Chirurgica generale (5 anni), di Semejotica (2 anni); di Radiologia (2 anni), di Ricerche di laboratorio (2 anni), vi saranno corsi speciali di Ginecologia, Chirurgia delle vie urinarie, del sistema digerente, del sistema nervoso, neuropatologia chirurgica, batteriologia, tecnica di endoscopia, oto-rino-laringoiatria, medicina operatoria, anatomia chirurgica, chirurgia sperimentale, ecc.

Per conseguire il Diploma di specializzazione in Chirurgia gl'iscritti, al termine dei corsi, oltre alle prove di esame nelle singole materie, dovranno presentare una dissertazione scritta, elaborata nell'Istituto su un argomento di chirurgia e dovranno sostenere un esame pratico dinanzi ad una Commissione formata dagli Insegnanti della Scuola.

Per essere ammessi alla Scuola si dovrà presentare domanda (su carta bollata da L. 2,00) al Rettore della Università, unendo: 1) il certificato di laurea in Medicina e Chirurgia; o il certificato di abilitazione all'esercizio della professione di Medico-Chirurgo; 2) il certificato di nascita legalizzato; 3) la ricevuta del pagamento di L. 300 per tassa d'immatricolazione, rilasciata dal Banco di S. Spirito; 4) la ricevuta del pagamento di L. 300 per tassa d'iscrizione annua, rilasciata dal Banco di S. Spirito; 5) la ricevuta del pagamento di L. 150 per tassa annua di profitto, rilasciata dal Banco di S. Spirito. Per l'ammissione, a suo tempo, agli esami dovrà pagarsi al Banco di S. Spirito L. 75 per sopra tassa di diploma. Per il rilascio del Diploma gli interessati dovranno presentare: la domanda (su carta bollata da L. 2) diretta al Rettore dell'Università; e la ricevuta comprovante il pagamento della tassa relativa.

Scuola di puericultura prenatale e postnatale e di assistenza all'infanzia.

Il 7 gennaio 1927 nei locali della R. Clinica Pediatrica di Napoli (S. Andrea delle Dame, 21) avranno inizio i corsi di puericultura prenatale e postnatale e di assistenza all'infanzia per i laureati in medicina e chirurgia e per le levatrici, autorizzati dall'Opera Nazionale per la protezione della maternità e dell'infanzia, a norma degli articoli 59 (lett. A) e 60 del Regolamento 15 aprile 1926, n. 718.

Il corso per i laureati in medicina e chirurgia ha la durata di 3 mesi. Il corso per le levatrici giusto l'art. 62 del Regolamento 15 aprile 1926, n. 718, ha la durata di 4 mesi di cui due d'insegnamento teorico pratico e due di esercitazioni pratiche.

Domande su carta legale all'Opera Nazionale (Via Cavour, 25, Roma) almeno 15 giorni prima dell'apertura del corso, versando la somma di Lire 200 e di L. 50 rispettivamente; tasse di esame, L. 50 e L. 15; tasse di diploma L. 25 e L. 10.

Nessun posto presso Istituti fondati o sussidiati dall'Opera Nazionale per l'assistenza ai bambini verrà conferito a coloro che non abbiano il diploma di puericultura dell'Opera Nazionale.

Assemblea delle Stazioni di cura del Lazio e della Sabina.

A Roma, nella sede della Confederazione Generale Enti Autarchici, ha avuto luogo l'assemblea di tutte le Stazioni di cura, soggiorno e turismo del Lazio e Sabina, allo scopo di costituire il Comitato Provinciale del Consorzio Nazionale fra le Stazioni stesse.

Il comm. Rebucci espone esaurientemente la necessità funzionale del Consorzio, destinato a realizzare nel campo speciale alcuni postulati della legislazione fascista. Enunciò poi sommariamente i servizi particolari delle Stazioni di cura, soggiorno e turismo, che avranno esecuzione collettiva attraverso il Consorzio. Propose che l'assemblea affidi la presidenza onoraria del Comitato Provinciale al Prefetto di Roma e che la presidenza effettiva sia demandata al sen. Pietro Baccelli. L'assemblea ha approvato la proposta per acclamazione. Il sen. Baccelli ha dato affidamento della sua premura per la tutela degli interessi che hanno nel Consorzio la loro espressione. Al sen. Baccelli si associò il rappresentante del Prefetto. L'assemblea ha inviato infine un telegramma di devozione e gratitudine al Capo del Governo.

Ai medici di bordo.

In applicazione del R. D. 30 dicembre 1925, è imminente la revisione da parte del Ministero degli Interni delle « Autorizzazioni ad imbarcare come medici di bordo », finora concesse. Tutti i diplomati medici di bordo i quali non abbiano effettuato viaggi con tale qualifica nei modi prescritti dal suddetto R. D. *perderanno la loro qualifica* poichè ad essi sarà tolta l'autorizzazione.

L'Associazione Medici Marina Mercantile, Sezione dell'Associazione Marinara Fascista, invita perciò coloro i quali desiderassero imbarcarsi a volersi prenotare il più presto possibile, rivolgendo domanda in carta semplice alla Sede Centrale di Genova (Corso Oddone) od al rappresentante in Roma: dott. Monteleone Remo, Regia Clinica Medica, Policlinico.

Congressi medici brasiliani.

Dal 21 al 28 ottobre si è tenuto a Porto Alegre il IX Congresso Medico Brasiliano e dal 4 al 12 novembre a San Paolo il III Congresso Brasiliano d'Igiene.

Giornate mediche Spagnole.

La « Medicina Ibera » di Madrid annunzia l'organizzazione a Madrid di Giornate Mediche per l'ottobre 1927.

Scambi colturali.

Il prof. Friedrich Müller, dell'Università di Monaco, ha tenuto una conferenza all'Università di Chicago sui « Metodi fisici di diagnosi » e al « Rush Medical College » della stessa città sul « Parkinsonismo post-encefalitico ».

Nella stampa sanitaria.

La « Clinica ed Igiene Infantile », rivista bimestrale diretta dal prof. Enrico Mensi di Torino, vuol rispondere anche nel titolo al movimento scientifico e al fervore di opere di assistenza per l'infanzia; intende di fare larga parte alla clinica vissuta, cioè alla scienza medica applicata, e contribuire all'incremento della pediatria e agevolare ai giovani il cómpito diagnostico e curativo nel campo della specialità. Redazione e amministrazione hanno sede a Torino (103), Corso Vinzaglio, n. 21. Auguri.

All'Università di New York.

La « Columbia University » di New York ha inaugurato il suo anno accademico il 22 settembre, con largo intervento di autorità federali e cittadine, rappresentanti esteri, ecc. Tenne il discorso inaugurale il professore di batteriologia, Frederick P. Gay, sul tema « Le scienze mediche ». Il decano prof. William Darrach annunziò la nomina di due nuovi professori: Benjamin P. Watson, dell'Università di Edimburgo (Inghilterra), per l'ostetricia e la ginecologia, e Joseph G. Hopkins per la dermatologia.

Nuovo regolamento su l'igiene generale del lavoro.

È stato approvato dal Consiglio dei Ministri, sentite le dichiarazioni del relatore gr. uff. De Michelis. Consta di 62 articoli.

Disciplinamento della vendita dei medicinali.

Il 1° dicembre sono andate in vigore le nuove tariffe per i medicinali e, giusta le disposizioni governative, è stata intensificata la sorveglianza sulla vendita di essi.

Per l'assistenza all'infanzia.

Il Capo del Governo e Ministro dell'Interno, al fine di dare maggiore incremento alle più razionali solecitudini assistenziali per l'infanzia, ha con recente circolare impartito istruzioni ai Prefetti perchè dalle Commissioni giudicatrici dei concorsi per i posti di ufficiale sanitario sia dato particolare rilievo alle parti dei programmi d'esame relative all'igiene ed all'assistenza infantile.

Festeggiamenti al prof. Cloetta.

Nella facoltà di medicina dell'Università di Zurigo hanno avuto luogo solenni festeggiamenti in onore del prof. Cloetta, per il 25° anniversario del suo insegnamento.

Cinematografie colorate.

Il dott. von Schubert, fisiologo alla Clinica ginecologica dell'Ospedale della Charité a Berlino, ha allestito pellicole colorate di operazioni ginecologiche, utilizzando il metodo Horst e riducendo la durata dell'esposizione mediante illuminazioni intense.

Fachirismo.

All'Ospedale Laënnec di Parigi, in un laboratorio, innanzi a un comitato di medici, il sig. Paul Hauzé ha svelato molti trucchi dei fachiri. Quella conferenza dimostrativa ha avuto larga ripercussione nella stampa.

La popolazione del mondo.

La Società delle Nazioni ha accertato che mentre nel 1800 la Terra albergava 850 milioni d'individui, un secolo dopo se ne potevano contare 1 miliardo e 700 milioni. Certo un contributo a questo aumento è stato portato dall'igiene che ha diminuita la mortalità e prolungato la durata media della vita; in ogni modo continuando di questo passo, tra un secolo la Terra si troverà ad avere una popolazione forse superiore a quella che può alimentare.

Pinza emostatica nell'addome.

Si è svolto a Londra un processo giudiziario provocato dal caso di una donna coniugata, 47enne, che il 23 settembre 1923 era stata operata d'urgenza al St. George's Hospital, da un chirurgo attualmente nella Nuova Zelanda. Or è qualche mese, ella scoprì di avere nel ventre « una forbice ». Riportata nello stesso ospedale e operata, entro l'addome si rinvenne un klemmer consumato, con una branca spezzata ma ancora aderente. Sopravvenne una peritonite post-operativa ad esito letale. La perizia medica dichiara che la morte è stata determinata dall'intervento; che la dimenticanza della pinza era evitabile, dacchè nella corretta pratica operatoria si affida a un assistente il còmpito di numerare prima e dopo l'operazione gli strumenti ed i pezzi di medicatura; che, tuttavia, si tratta di negligenza non grave e non colposa.

Serena come si è svolta si è spenta la cara esistenza del dott. CHERUBINO CHERUBINI. Giovane egli lasciò l'Italia ed esercitando la professione in terra Argentina tenne alto il nome ed il prestigio della Patria ricoprendo il turno chirurgico nell'Ospedale Italiano di Rosario de Santa Fè. In quelle regioni egli primo introdusse la radiodiagnosi e la radioterapia; nell'esercizio della radiologia contrasse una radiodermite della mano sinistra; a questa seguì una neoplasia epiteliale delle glandole ascellari, che per molto tempo fu misconosciuta.

Amante della sua terra natia, vi fece ritorno tre anni or sono e qui il male compì rapidi progressi e l'opera dei colleghi a nulla valse: dopo atti operatorî e sofferenze stoicamente sopportate, Egli morì vittima dell'opera sua, lasciando nel più profondo dolore la famiglia e gli amici.

D

Il 1° dicembre moriva a Cuneo in età di 78 anni il comm. dott. BARTOLOMEO MARCHISIO. La vita sua fu tutta dedita allo studio ed alla sua professione. Iniziò la carriera in Sardegna quale medico delle miniere, poi fu medico condotto a Boves, indi fu scelto a medico primario dell'Ospedale Civile di Cuneo. Qua eccelsero i suoi meriti di clinico e gli valsero la stima e la simpatia della cittadinanza. Aprì un dispensario oftalmico: si era preparato in tale ramo con studi a Parigi e nella Clinica oftalmica di Torino, e si distinse ed ebbe larga clientela. Medico delle Terme di Vinadio e di Valdieri, illustrò l'efficacia terapeutica di quelle acque. Nella medicina generale, cercando di attuare quanto la Scienza andava insegnando, fu sempre all'avanguardia del progresso; si ricordano ancora i suoi studi sull'Ischialgia, sull'Antrace, sulla Polmonite. Modesto ma sempre studioso ed attivo, geloso della sua dignità professionale, lascia fama di uomo benemerito, colto, onesto.

S.

A Modena, il 1° novembre, è morto il professor GIUSEPPE SPERINO, stabile di anatomia umana normale descrittiva e topografica ed insegnante pure di anatomia microscopica, di istologia e di embriologia. Era nato a Torino nel 1850. Aveva fatto gli studi a Torino. Dal 1898 insegnava nell'Università di Modena. Lascia parecchi pregevoli lavori.

U. I.

RASSEGNA DELLA STAMPA MEDICA.

Journ. Amer. Med. Assoc., 8 mag. — F. WISE. Progressi nel trattam. delle mal. cut. — K. E. BIRKHANG. Eziol. e sieroter. dell'eresip. — G. N. PAPANICOLAOU. Ormoni del corpo luteo e del follicolo.

Mediz. Klinik, 21 mag. — F. KISCH. Prognosi dell'angina pectoris. — Inchiesta sulla tecnica dell'aborto provocato e del parto anticipato.

Wien. Klin. Woch., 20 mag. — ARZT. Vie di lavoro nella dermatol.

Prensa Méd. Argent., 30 apr. — A. Mó. La malarioterapia.

Boston M. a. S. Journ., 13 mag. — A. RILEY. Sifil. della vescica.

Amer. oJurn. Med. Sc., mag. — S. FLEXENER. Progressi dell'epidemiol. mediante l'esperienza. — W. PORT e E. J. STIEGLITZ. L'ipertensione. — G. W. WAGONES. La pressione intra-addomin.

Gazz. d. Osp. e d. Cl., 23 mag. — S. LOPRIORE. Blastomicosi polmonari.

Pathologica, 15 mag. — G. VERCELLANE e A. ZANZUCCHI. Differenziaz. del M. melitense dal B. di Bang.

Studium, 20 mag. — A. CARDARELLI. Sclerodermia. — A. KOPEIOWSKI. Teoria dei colori.

Journ. Méd. Franç., mag. — Numero sull'adenoidismo infantile.

Mediz. Klinik, 28 mag. — E. BÜRGI. Farmacol. delle mescolanze di medicinali.

Lancet, 29 mag. — A. NEUSHOLME. Lo stato attuale del problema tubercolare.

Ann. de Méd., apr. — Numero sui disturbi della nutriz.

Rev. Españ. de Med. y Cir., mag. — B. VALLESPINOSA. I paradossi del pneumot. terap.

Brit. Med. Journ., 22 mag. — E. COTTON Sifilide cardio-aortica e suo trattam.

Lancet, 22 mag. — H. ROLLESTON. Aspetti medici del tabacco.

Amer. Med., apr. — B. S. TALMEY. La donna civetta. — H. J. ACHARD. I problemi della terapia endocrina. — W. S. BERKELEY. La dentizione ritardata.

Journ. A. M. A., 15 mag. — LEWIS. Funzioni e organizzazione di una clinica chirurg. universit. — R. L. WILBUR. Come risparmiare tempo in una scuola medica.

Ann. Inst. Pasteur, mag. — A. CALMETTE e DE POTTER. Titolam. delle tubercoline. — C. MONDAIN e al. Sulla siero-diagn. di cancro.

Münch. Med. Woch., 28 mag. — MOOG e BUCHHEISTER. Sulla secrez. del sudore nell'uomo. — REYE. La cachessia ipofisaria.

Journ. d. Prat., 29 mag. — E. SERGENT. Morbo di Pott e sifil.

Pediatria, 1 giu. — S. MAGGIORE. I biotipi umani nel campo pediatr.

Haematologica, II. — T. LUCHERINI. Considerazioni anatomo-clin. sulla leucemia ac.

Practitioner, giu. — C. S. WALLACE. Ittero da ostruz. — T. G. GILLMANN MOORHEAD. Trattam. del gozzo esoft.

Lancet, 5 giu. — F. W. ANDREWS. La malattia alla luce dell'evoluz.

Journal A. M. A., 22 mag. — C. A. DOAN. La differenziazione dei leucociti in rapporto alla trasfus. — G. KOLISCHER e A. E. JONES. La diatermia nelle malattie renali.

Brit. Med. Journ., 5 giu. — A. BALFOUR. Il valore dell'igiene.

Paris Méd., 5 giu. — Numero sulle mal. infett.

Rass. di Clin., ecc., mar.-apr. — E. TROCELLO e A. CRUTO. Conservazione dell'insulina.

Riv. di Cl. Ped., giu. — G. BENTIVOGLIO. Potere oncolitico del siero di bambino.

Welfare, giu. — G. W. MORROW. I rapporti tra psicologia e psichiatria.

Arch. de Cardiol. y Hem., mag. — H. G. MOGENA e J. G. ORCOYEN. Endocardite maligna lenta. — N. A. CORTÉS. Morbo di Banti con lesioni della tiroide.

Indice alfabetico per materie.

FINE DEL VOLUME XXXIII (*Sezione Pratica*).

Il fasc. 52 contenente il frontespizio e l'indice generale sarà spedito nella prossima settimana.
Il 1° fascicolo dell'annata XXXIV uscirà il 3 Gennaio 1927.

Stab. Tipo-Litografico Armani. V. ASCOLI, Red. resp.

ABBONAMENTI AL "POLICLINICO,, PER IL 1927.

Singoli :	ITALIA	ESTERO
(1) Alla sola Sezione pratica (settimanale).	Lire 70	Lire 110
(1a) Alla sola Sezione medica (mensile)	Lire 40	Lire 55
(1b) Alla sola Sezione chirurgica (mensile)	Lire 40	Lire 55
Cumulativi :		
(2) Alle due Sezioni (pratica e medica).	Lire 100	Lire 155
(3) Alle due Sezioni (pratica e chirurgica).	Lire 100	Lire 155
(4) Alle tre Sezioni (pratica, medica e chirurgica)	Lire 120	Lire 185

Premio Semi-Gratuito agli abbonati al "Policlinico,, per il 1927

MASSIMILIANO CARDINI · Docente di Storia della Medicina nella R. Università di Roma.

Una gloria italiana: MARCELLO MALPIGHI

(La vita e l'opera sua)

Sarà un volume in-8°, di circa 200 pagine, stampato su ottima carta uso mano, in nitidissimi tipi bodoniani e conterrà il ritratto del grande biologo italiano.

Verrà posto in commercio al prezzo di L. 20, ma ai nostri abbonati sarà ceduto FRANCO DI PORTO

per sole L. **5** (in Italia)
per sole L. **10** (all'Estero)

a tutti coloro che invieranno l' INTERO importo del proprio abbonamento pel 1927 con l'aggiunta delle predette L 5 o L. 10, NON OLTRE IL 31 DICEMBRE 1926.

RIVISTE SPECIALI di nostra edizione concesse agli associati al "Policlinico,, in abbonamento cumulativo pel 1927.

Gli associati al «Policlinico», a qualunque Serie siano essi abbonati, coll'aggiunta di sole:
L. **28** per l'Italia o L. **45** per l'Estero
potranno ricevere i fascicoli che si pubblicheranno durante l'anno 1927 di **una** delle tre seguenti nostre Riviste di **specialità:**

CUORE E CIRCOLAZIONE

Continazione de **"Le malattie del cuore e dei vasi,,**

PERIODICO MENSILE ILLUSTRATO

diretto da **VITTORIO ASCOLI, Clinico Medico di Roma**

Redattore Capo: CESARE PEZZI

Ogni fascicolo si compone di 44-48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, lezioni e conferenze; b) rassegne, riviste e congressi; c) notizie bibliografiche.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num-sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Cuore e Circolazione» si concedono le intere annate 1920-1921-1922-1923, del periodico «Le malattie del cuore», nonchè 1924, 1925 (questa senza il fascicolo 5, esaurito) e 1926 di «Cuore e Circolazione» per sole L. **125** se in Italia, e per sole L. **170** se all'Estero, in porto franco.

LA CLINICA OSTETRICA

Rivista mensile di Ostetricia, Ginecologia e Pediatria per Medici pratici

fondata nel 1898 dal Prof. F. LA TORRE
diretta da PAOLO GAIFAMI

Professore di Clinica Ostetrico-Ginecologica nella R. Università di Bari

Ogni fascicolo si compone di oltre 48 pagine di testo distinto in 3 parti: a) lavori originali, fatti e documenti clinici e anatomici), la rubrica degli errori, la pagina del medico pratico, ecc.; b) recensioni, quesiti e commenti, bibliografia; c) Varietà, notizie.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un num.sep. L. 5; Per gli assoc. al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — I nuovi abbonati del 1927 possono ottenere l'annata del 1925 senza il 1° fascicolo (esaurito) e l'intera annata 1926, per sole L. **50** se in Italia e per sole L. **75** se all'Estero, in porto franco.

IL VALSALVA

Rivista mensile di Oto-Rino-Laringojatria
diretta da GUGLIELMO BILANCIONI

Professore di Clinica Oto-Rino-Laringojatrica nella R. Università di Pisa

Questa rivista, che entra nel terzo anno di vita, si è affermata vittoriosamente, essendo oggi fra noi il più completo, agile e ricco periodico della specialità. Argomenti d'indole pratica e di alto rilievo scientifico si fondono armonicamente, formando una rivista moderna, in cui ha degna sede quanto si produce nelle Cliniche e negli Istituti d'Italia.

ABBONAMENTO ANNUO: Italia L. 35; Estero L. 50; Un numero separato L. 5
Per gli associati al Policlinico: Italia L. 28; Estero L. 45

☛ **N. B.** — Ai nuovi abbonati del 1927 a «Il Valsalva» si concedono le intere annate (1925 e 1926) del periodico stesso, per sole L. **40** se in Italia e per sole L. **65** se all'Estero, in porto franco.

IMPORTANTE: Coloro che assumeranno l'abbonamento A TUTTE E TRE LE RIVISTE e ne invieranno subito l'importo, queste saranno loro cedute al **prezzo di favore** di sole:

L. 78 per l'Italia o **L. 125** per l'Estero

Ai già abbonati a queste Riviste rivolgiamo preghiera di provvedere sollecitamente all'invio del rinnovo per facilitare il lavoro della nostra Amministrazione. Raccomandiamo altresì di incollare, sul talloncino del vaglia, la fascetta con la quale le hanno finora ricevute.

Inviare i Vaglia Postali al Sig. LUIGI POZZI, via Sistina 14, aggiungendo: per l'Ufficio postale ...